

Gesundheit(s)macht Schule- Entwicklung und Evaluation eines Ge- sundheitsprogramms für Grundschulen

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades
doctor philosophiae (Dr. phil.)

vorgelegt dem Rat der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
der Friedrich-Schiller-Universität

von Franziska Dathe
geboren am 23.10.1982 in Weißenfels

Gutachter:

1.Prof. Dr. Bernhard Strauß, FSU Jena

2.Prof. Dr. Peter Noack, FSU Jena

Tag der mündlichen Prüfung: 16.12.2013

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VI
1 Einleitung.....	1
2 Theoretischer Hintergrund	4
2.1 Begriffsklärung	4
2.1.1 Gesundheit	4
2.1.2 Gesundheitskompetenz	5
2.1.3 Gesundheitsförderung	5
2.1.4 Prävention	6
2.1.5 Settingansatz	6
2.1.6 Lebenskompetenzansatz.....	7
2.2 Gesundheit und Morbidität bei Kindern	7
2.2.1 Bewegungsverhalten	7
2.2.2 Ernährungsverhalten	8
2.2.3 Übergewicht und Adipositas	9
2.2.4 Nikotin- und Alkoholkonsum	10
2.2.5 Psychische Gesundheit.....	10
2.2.6 Gesundheitsverständnis von Grundschulern	11
2.2.7 Gesundheit Thüringer Schüler	12
2.2.8 Zusammenfassung.....	13
2.3 Schulische Gesundheitsförderung	13
2.3.1 Politische, fachliche und wissenschaftliche Hintergründe.....	13
2.3.2 Ansätze schulischer Gesundheitsförderung	15
2.3.3 Überblick zu verhaltenspräventiven Gesundheitsprogrammen in Deutschland.....	17
2.3.4 Überblick zu verhältnispräventiven Gesundheitsprogrammen in Deutschland.....	19
2.3.5 Stand schulischer Gesundheitsförderung in Thüringen	21
2.3.6 Bedarfsermittlung.....	23

2.3.7	Zusammenfassung.....	24
3	Entwicklung eines Programms zur Stärkung der Gesundheits- und Lebenskompetenzen von Grundschulern in Thüringen	27
3.1	Gesundheitspsychologischer Hintergrund.....	29
3.1.1	Modell der Salutogenese.....	29
3.1.2	Risiko- und Schutzfaktorenmodell.....	30
3.1.3	Sozial-kognitive Lerntheorie.....	31
3.1.4	Theorie des geplanten Verhaltens	32
3.1.5	Skills-based health education.....	33
3.2	Programmziele	34
3.3	Aufbau und Struktur	36
3.4	Inhalte im Überblick.....	37
3.5	Methodik.....	41
3.5.1	Unterrichtsmethodik.....	41
3.5.2	Methodenauswahl	43
3.6	Gesundheitsprogramme für die Klassenstufen	46
3.6.1	Gesundheitsprogramm für die Klassenstufe 1	46
3.6.2	Gesundheitsprogramm für die Klassenstufe 2	51
3.6.3	Gesundheitsprogramm für die Klassenstufe 3	55
3.6.4	Gesundheitsprogramm für die Klassenstufe 4	59
3.7	Zusammenfassung des Gesundheitsprogramms.....	66
4	Prozessevaluation des Programms	68
4.1	Studiendesign.....	68
4.2	Stichprobe	69
4.3	Zielkriterien	71
4.4	Messinstrumente.....	71
4.5	Statistische Auswertungsverfahren.....	74
5	Ergebnisse	75
5.1	Ergebnisse der Lehrerstichprobe	75
5.1.1	Konzepttreue	75
5.1.2	Gesamteindruck.....	75
5.1.3	Durchführungstreue.....	76
5.1.4	Zeitplanung	76

Inhaltsverzeichnis	IV
5.1.5 Arbeitsmaterial	76
5.1.6 Optimierungsbedarf.....	77
5.1.7 Besondere Merkmale	77
5.2 Ergebnisse der Schülerstichprobe.....	78
5.2.1 Akzeptanz.....	78
5.2.2 Anforderungsniveau	79
5.2.3 Besondere Merkmale	80
5.3 Zusammenfassung	81
6 Ergebnisdiskussion	83
6.1 Ergebnisbewertung	83
6.2 Schlussfolgerungen zur Programmoptimierung	86
6.3 Stärken und Schwächen der Studie.....	86
6.4 Ausblick.....	91
7 Zusammenfassung.....	92
Literaturverzeichnis	VII
Anhang	XXII

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Maß-Index
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
ENHP	European Network of Health Promoting Schools
FKE	Forschungsinstitut für Kinderernährung
GRR	Generalized Resistance Resources
HBSC-Studie	Health Behaviour in School-aged Children
HSK	Heimat- und Sachkundeunterricht
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KMK	Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland
LVG	Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.
OECD	Organisation for Economic, Cooperation and Development
SOC	Sense of Coherence
Tab.	Tabelle
THILLM	Institut für Thüringer Lehrerfortbildung, Lehrplanentwick- lung und Medien
TMBWK	Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur
TMSFG	Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit
TKM	Thüringer Kultusministerium
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Empfehlungen zur Planung von Gesundheitsprogrammen	28
Abb. 2: Theorie des geplanten Verhaltens.....	32
Abb. 3: Themen des Programms	37
Abb. 4: Unterrichtsprinzipien im Gesundheitsprogramm	42
Abb. 5: Methodenmatrix.....	44
Abb. 6: Studiendesign	69
Abb. 7: Stichprobenfluss der Schülerstichprobe	70
Abb. 8: Gesamteindruck der Lehrkräfte	75
Abb. 9: Darstellung der Lehrer-Anmerkungen in Kategorien.....	78
Abb. 10: Akzeptanz der Schüler	79
Abb. 11: Aufgabenniveau aus Schülersicht	80
Abb. 12: Überblick der positiven Schüleranmerkungen in Kategorien	80

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Überblick zum Projekt.....	27
Tab. 2: Ausgewählte Theorien mit beispielhaften Implikationen zur Programm- gestaltung	33
Tab. 3: Übersicht der Programmziele.....	35
Tab. 4: Überblick Gesundheitsprogramm Klasse 1	48
Tab. 5: Überblick Gesundheitsprogramm Klasse 2	52
Tab. 6: Übersicht Gesundheitsprogramm Klasse 3	57
Tab. 7: Übersicht Gesundheitsprogramm Klasse 4	61
Tab. 8: Überblick zum Gesundheitsprogramm „Aktivi“.....	67
Tab. 9: Fragebogen 1 - Kurzfeedback der Lehrer	72
Tab. 10: Fragebogen 2 - Kurzfeedback der Schüler	73
Tab. 11: Zeitplanung des Programms.....	76
Tab. 12: Erfassung der Optimierungsbedarfe	77
Tab. 13: Geschlechtsbezogene Akzeptanz des Programms.....	79

1 Einleitung

Mit der Auslobung des Deutschen Präventionspreises 2009 rückten die Grundschulen mit ihrer Bedeutung für die Schülersgesundheit in den medialen Mittelpunkt. Nicht nur die preistragenden Schulen in der Bundesrepublik stellen sich aktuell der Herausforderung, für die Gesundheit der Schüler¹ Verantwortung zu übernehmen. Die fachlichen Expertisen um die positiven Wechselwirkungen von Gesundheitsförderung und Bildungsqualität regen die Diskussionen um die Bedeutung schulischer Gesundheitsförderung zusätzlich an (Posse & Brägger, 2006). Die aktuellen Daten zur gesundheitlichen und sozialen Situation deutscher Schulkinder sind ein weiterer Argumentationspfeiler schulischer Gesundheitsförderung. „*Zu dick, zu träge, die Psyche belastet*“ titelte der Stern am 15. Mai 2007 (Eiße, 2007). „*Ein Drittel der Schüler leidet unter Stress.*“ postulierte der FOCUS am 21.11.2012 und beruft sich auf aktuelle Studienergebnisse (Leuphana-Universität, 2010). Die bis 2013 zur Verfügung stehenden Daten beschreiben ein charakteristisches Gesundheits- bzw. Krankheitsprofil deutscher Kinder (Robert-Koch-Institut, 2007; Ravens-Sieberer, Ellert, Erhart, 2011; Kolip, Melzer, Klocke, Ravens-Sieberer, 2011; Beisenkamp, Müthing, Hallmann, Klöckner, 2012). Psychische Auffälligkeiten und psychosomatische, oft lebensstilabhängige Erkrankungen, wie z.B. Übergewicht und Adipositas, motorische Entwicklungsstörungen, Verhaltensoriginalitäten oder Konzentrationsstörungen sind in ihrer Prävalenz und Inzidenz bedeutsamer geworden. Vor allem Kinder aus bildungsfernen, sozial belasteten Systemen verfügen über weniger Gesundheitsressourcen und zeigen mehr gesundheitliche Auffälligkeiten als Kinder aus sozial gesicherten Familien. Der Lebensstil der Kinder, ihr Ernährungs-, Bewegungs- und Freizeitverhalten sowie ihr Umgang mit Stress sind wesentliche Einflussfaktoren des Gesundheitszustandes und des Wohlbefindens des Kindes. Beisenkamp und Kollegen konnten 2012 nachweisen, dass bereits Grundschulkinder über ein positives und ganzheitliches Gesundheitsverständnis verfügen. Sie zeigen sich für Gesundheitsthemen aufgeschlossen, sind wissbegierig und reflektieren, dass gesunde Ernährung, Bewegung, Entspannung,

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird ausschließlich die männliche Schreibweise verwendet. Die weibliche Form ist zu jeder Zeit mit eingeschlossen.

die Zeit mit Familie und Freunden ihr Wohlbefinden stärker beeinflussen als die Abwesenheit von Krankheit.

Wie kann es gelingen, diese Gesundheitsressourcen der Grundschüler zu stärken? Wie kann ein Gesundheitsprogramm aussehen, das Kinder in ihren Gesundheitskompetenzen stärkt und von diesen gut angenommen wird? Wie muss ein Programm aufgebaut sein, damit es gut von Lehrkräften in den Unterricht integriert und umgesetzt werden kann? Diese Fragen stellte ich mir als Gesundheitswissenschaftlerin während meiner Tätigkeit an einer Thüringer Grundschule und machte mich auf den Weg, ein Gesundheitsprogramm, das später den Namen „Aktivi“ erhält, zu entwickeln und zu evaluieren. Die vorliegende Arbeit skizziert die Phasen dieses Projektes. Der theoretische Hintergrund bietet nach der Klärung elementarer Begriffe einen Überblick zum Gesundheitszustand deutscher Schüler. Anschließend wird der aktuelle fachliche und politische Stand schulischer Gesundheitsförderung in Deutschland, im Besonderen in Thüringen vorgestellt. Fachlich umrissen werden die beiden Ansätze schulischer Gesundheitsförderung, Verhaltens- und Verhältnisprävention. Eine exemplarische Vorstellung bereits existierender verhaltens- und verhältnispräventiver Gesundheitsprogramme und deren Verbreitung geben einen Einblick in den Markt. Sichtbar wurde, dass Gesundheitsprogramme vorwiegend aufgrund föderalistischer Strukturen nur in bestimmten Bundesländern umgesetzt werden bzw. umgesetzt werden können. Erkenntlich wurde, dass es in Thüringen kein umfängliches Gesundheitsprogramm für Grundschüler gibt, das flächendeckend umgesetzt wird. An den 464 Thüringer Grundschulen werden vereinzelt das verhaltenspräventive Gesundheitsprogramm „Klasse 2000“ und das verhältnisorientierte „Kneipp-Konzept“ umgesetzt (Thüringer Ministerium für Bildung Wissenschaft und Kultur, 2013; Kneipp-Landesverband Thüringen, 2013; Verein Programm Klasse 2000, 2012).

Ausgehend von diesem Ergebnis ist die Entwicklung eines verhaltenspräventiven Gesundheitsprogramms mit verhältnispräventiven Elementen für Thüringer Grundschulen zentrales Element dieser Arbeit. Welche gesundheitswissenschaftlichen und bildungswissenschaftlichen Anforderungen sollte das Programm erfüllen? Zentrale konzeptionelle Grundlage ist das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2001 veröffentlichte Grundlagenpapier „skills for health“.

Darin ist der Anspruch formuliert, die Lebens- und Gesundheitskompetenzen von Kindern mit Hilfe des Lebenskompetenzansatzes im Setting Schule zu fördern.

Unter Anwendung geeigneter gesundheitspsychologischer Theorien wurden Schritt für Schritt Ziele, Inhalt, Aufbau, Struktur und Methodik für das Gesundheitsprogramm erarbeitet. Die Ziele und Inhalte orientieren sich an den Vorgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus dem Jahr 2000 und der WHO (1997, 2001). Eine Abstimmung mit den Inhalten der Thüringer Grundschullehrpläne, vorrangig des Heimat- und Sachkundeunterrichtes, erfolgte konsequent (vgl. TMBWK, 2010). Methodisch–didaktisch stützt sich das Programm auf die Empfehlungen der WHO (1997, 2001, 2006). Neue und bewährte lerntheoretische Erkenntnisse von Spitzer (2009), Piaget (Piaget, 1978), Vester (2009) und Liebertz (2003) wurden in der methodisch–didaktischen Ausgestaltung berücksichtigt. Es entstand ein über vier Grundschuljahre strukturiertes, curriculares Gesundheitsprogramm mit insgesamt 64 Lerneinheiten. Es ist kompetenzbasiert, handlungsorientiert, methodisch vielfältig und zielt auf die Stärkung der Lebens- und Gesundheitskompetenzen der Schüler ab.

Um zu prüfen, inwieweit das Programm umsetzbar ist, wurde eine Machbarkeitsstudie an einer Thüringer Grundschule durchgeführt, die den dritten Teil dieser Arbeit darstellt. In Anlehnung an die Prozessevaluationsempfehlungen der WHO (1997, 2001) wurden folgende Zielkriterien aufgestellt: Das Programm wird von den Lehrkräften und von den Schülern akzeptiert, es wird von Jungen und Mädchen gleichermaßen angenommen, es ist in der Praxis umsetzbar, die Arbeitsmaterialien sind praktikabel und die Lernaufgaben sind im Schwierigkeitsgrad angemessen. Die Aufdeckung von Stärken, Schwächen und Optimierungsbedarfen des „Aktivi“-Programms war begleitendes Ziel der Evaluation. Das Programm wurde von den Lehrkräften der Schule in jeder Klasse innerhalb eines Schuljahres realisiert. Die Schüler (n=112) und Lehrer (n=6) reflektierten das Programm nach jeder Unterrichtseinheit mit Hilfe von Fragebögen. Auf Basis der Evaluationsergebnisse konnten Rückschlüsse auf die Umsetzbarkeit gezogen und die notwendigen Optimierungen am Programm vorgenommen werden. Diese Arbeit lädt ihre Leser ein, an der „Entstehung“ und den ersten „Schritten“ des Gesundheitsprogramms „Aktivi“ teilzuhaben.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Begriffsklärung

2.1.1 Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit als den „*Zustand eines umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen*“ (1948, S.2). Mit dieser Definition werden das grundlegend positive Verständnis und die biomedizinische, geistige und soziale Dimension von Gesundheit deutlich. Allerdings beschreibt diese Definition einen Idealwert, der in der Realität nahezu unerreichbar scheint (vgl. BZgA, 2001). In die wissenschaftlichen Diskurse wurden interdisziplinäre Leitideen von Gesundheit eingebracht: Gesundheit als rezidivierender Balanceakt (Engel, 1979), Gesundheit als Bewältigung interner und externer Stressoren und als Gleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren (Becker, 1992; Bös & Woll, 1994) oder Gesundheit als Relativum nach objektiven und subjektiven Kriterien (Hurrelmann & Franzkowiak, 2003) sind lebensnahe und praxistaugliche Definitionen, die sich in der wissenschaftlichen Literatur finden. Antonovsky und Franke (1997) bewerten Gesundheit als eine ressourcenorientierte und systemische Selbstregulation. Diese ressourcen- und kompetenzorientierte Sicht auf Gesundheit ist der Grundgedanke des Salutgenese-Konzeptes, das im Spannungsfeld der Gesundheitsförderung und Prävention vielfach diskutiert und angewandt wird (BZgA, 2001). Als eine konsensuelle Definition von Gesundheit wird von Hurrelmann und Franzkowiak 2003 folgende vorgeschlagen (S. 54):

„Gesundheit ist ein Stadium des Gleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren [...] als auch äußeren [...] Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“

2.1.2 Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz ist ein „*vielschichtiger Begriff*“ (Soellner, Huber, Lenartz, Rudinger, 2009, S.105). Gesundheitskompetenz umfasst im Wesentlichen das Wissen, die Fähigkeit und die Fertigkeit eines Menschen, positive Entscheidungen für die eigene Gesundheit zu treffen und gesundheitsorientiert zu handeln (WHO, 1998; BZgA, 2000). Im Rahmen dieser Kompetenzentwicklung greift der Mensch nach Kickbusch (2006) auf Gesundheitsinformationen zurück, ist in der Lage, diese zu verstehen und sie in Handeln umzusetzen. Mit der Gesundheitskompetenz wächst die Selbstbestimmung und Gestaltungsfreiheit des Menschen.

2.1.3 Gesundheitsförderung

„*Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen*“ (WHO, 1986 S.1). Der Begriff Gesundheitsförderung ist im Rahmen des internationalen gesundheitspolitischen Aktionsprogramms „Gesundheit für alle 2000“ entstanden. Als Strategie setzt Gesundheitsförderung sowohl an den Gesundheitspotentialen im persönlich-privaten als auch im gesellschaftlichen Bereich an und zielt auf die Stärkung persönlicher Kompetenzen und die Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen ab (Kaba-Schöbstein, 2003).

Gesundheitsförderung nutzt drei Handlungsstrategien: Anwaltschaft, Befähigung und Vernetzung. Die Anwaltschaft bezieht sich auf das aktive Eintreten für die Gesundheit, u. a. auf politischer, ökologischer und sozialer Ebene. Befähigung zielt durch Kompetenzförderung darauf ab, Individuen in die Lage zu versetzen, ihre Gesundheitsressourcen zu stärken und diese eigenverantwortlich zu nutzen. Mit der Vermittlung und Vernetzung relevanter Akteure des Gesundheitswesens wird eine nachhaltige und sektorenübergreifende Förderung der Gesundheit angestrebt (WHO, 1986). Zu den vorrangigen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung gehören die Entwicklung persönlicher Kompetenzen auf individueller Ebene, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen, die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten, die Neuorientierung der Gesundheitsdienste und die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik (WHO, 1986).

2.1.4 Prävention

Prävention zielt im Wesentlichen auf die Vermeidung von Krankheiten ab, indem pathogene Ursachen eliminiert oder verringert werden (Franzkowiak, 2003). Man unterscheidet primäre, sekundäre und tertiäre Prävention, die an unterschiedlichen Zeitpunkten im Gesundheits- bzw. Krankheitsverlauf ansetzen.

Primäre Prävention wird wirksam, wenn noch keine Krankheitssymptome eingetreten sind, und steht für die Minimierung von persönlichen, ökologischen oder sozialen Risikofaktoren wie z.B. Hygienemaßnahmen. Sekundäre Prävention meint die Früherkennung einer Erkrankung, tertiäre Prävention die Verhütung einer Exazerbation. Die beschriebene Klassifizierung nach dem Zeitpunkt wird häufig durch die der Zielgruppe ersetzt. Bildet die Zielgruppe den Ausgangspunkt der Interventionen, wird Prävention universell (für gesamte Bevölkerungsgruppe), selektiv (für Bevölkerungsgruppe mit Risikofaktoren) oder indiziert (gefährdete Einzelpersonen) wirksam. Im Präventionsdiskurs grenzen sich Verhaltensprävention und Verhältnisprävention ab (ebenda). Verhaltensprävention verfolgt die Verhaltensänderung von Personen, Verhältnisprävention setzt auf die Verbesserung von Lebenswelten. Gesundheitsförderung ergänzt die primäre Prävention, indem es nicht die Risiko-, sondern die Schutzfaktoren von Menschen und sozialer Systeme in den Mittelpunkt stellt. Es kann als Weiterentwicklung oder Ergänzung des Präventionsansatzes verstanden werden und verhaltens- und verhältnispräventive Wirkungen induzieren.

2.1.5 Settingansatz

Der Setting-Ansatz ist eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung, welche im gesundheitspolitischen Grundsatzprogramm für Europa *Gesundheit21* definiert wurde (Kaba-Schönstein, 2003). Diese Strategie nimmt die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, arbeiten, lernen und konsumieren, in den Fokus und trägt der Erkenntnis Rechnung, dass Gesundheit und Krankheit die Ergebnisse von personalen, sozialen und ökonomischen Wechselwirkungen sind (WHO, 1989; Becker, 1992). Kindertagesstätten, Schulen, Betriebe, Kommunen und Städte sind als Setting für Gesundheitsinterventionen anerkannt (Grossmann & Skala, 2003; WHO, 1989).

2.1.6 Lebenskompetenzansatz

“Life skills are abilities for adaptive and positive behaviour that enable individuals to deal effectively with the demands and challenges of everyday life.” (WHO, 2001, S.3).

Lebenskompetenzen bezeichnen Fähigkeiten und Fertigkeiten, mit Hilfe derer ein Mensch die Anforderungen des täglichen Lebens gut meistern kann. Die WHO (1997) definierte zehn inter- und intrapersonellen Kernkompetenzen, die einen lebenskompetenten Menschen auszeichnen: Entscheidungsfähigkeit, Problemlösungsfähigkeit, kritisches Denken, kreatives Denken, kommunikative Fähigkeiten, Fähigkeit zu zwischenmenschlichen Beziehungen, Selbstwahrnehmung, Empathie, Stressbewältigung und Umgang mit Emotionen. Als methodische Herangehensweise bedingt der Lebenskompetenzansatz ein konsequentes pädagogisches Handeln, dass die Entwicklung dieser Kompetenzen fördert (WHO, 1997, 2001).

2.2 Gesundheit und Morbidität bei Kindern

Die Morbiditätsstruktur der Kinder in Deutschland hat sich seit Mitte der 90er Jahre verändert (Thyen, 2007). Mit dem Begriff der neuen Morbidität wird ein Phänomen bezeichnet, welches zwei Entwicklungen beschreibt. Zum einen verzeichnen akute und infektiöse Erkrankungen einen relativen und absoluten Bedeutungsverlust (Schubert, Hoch, Kahl, Köster, Meyer, Reiter, 2004). Zum anderen sind chronisch-degenerative Erkrankungen im kindlichen und jugendlichen Altersspektrum tendenziell stärker prävalent und inzident (ebenda). Die Prävalenz somatischer Erkrankungen ist deutlich gesunken, die Häufigkeit psychosomatischer und psychischer Erkrankungen gestiegen (Kamtsiuris, Atzpodien, Ellert, Schlack, 2007).

2.2.1 Bewegungsverhalten

Die körperlich-sportliche Aktivität ist ein Indikator für die gesundheitliche Entwicklung des Kindes (Oppert, Worth & Bös, 2005). Nach den Ergebnissen der KiGGS- Studie sind 34,7 % der Kinder drei- bis fünfmal, 36,2% ein- bis zweimal wöchentlich und 10,7 % der Kinder täglich sportlich aktiv (Starkert, Lampert, Worth, Oberger, Kahl, Bös, 2007). Somit zeigen über 80 % der Kinder ein gesundheitsförderliches, rund 20% ein inaktives Sport- und Bewegungsverhalten.

Kinder mit einem insuffizienten Bewegungsverhalten kommen überproportional häufig aus sozial schwachen Familien oder haben einen Migrationshintergrund (Hurrelmann, Klocke, Melzer, Ravens-Sieberger, 2003). Es zeigt sich, dass Mädchen im Grundschulalter insgesamt weniger sportlich aktiv sind als Jungen (Lampert, Mensink, Romahn & Woll, 2007). In Deutschland verbringen Grundschulkinder ihre Zeit zu circa neun Stunden täglich im Sitzen, zu neun Stunden im Liegen, zu fünf Stunden im Stehen und zu einer Stunde in Bewegung (Bös, 2001). Nach Opper und Kollegen (2005) sind diese Steh- und Sitzzeiten für den Lebensabschnitt von sechs bis zehn Jahren als bedrohlich einzustufen. Die motorische Leistungsfähigkeit von Kindern hat in den Jahren 1975 bis 2000 um 10 % abgenommen (Bös, 2003). Dabei liegen die Defizite der Grundschüler im Bereich der Gesamtkörperkoordination und der Ausdauer (Bös, 2003; Dordel, 2000). Weitere Symptome und Folgen des Bewegungsmangels sind Haltungsschäden, muskuläre Schwächen und verminderte Schutzreflexe bei Stürzen und Unfällen. Haberer konnte 2010 in ihrer Untersuchung an 242 Grundschulern einen positiven, wenn auch schwachen signifikanten Zusammenhang zwischen motorischer und kognitiver Leistung nachweisen ($.16 < r_p < .35$) und die bereits vorhanden wissenschaftlichen Ergebnisse untermauern (Trudeau & Stephard, 2008; Chomitz, Slining, McGowan, Mitchell, Dawson & Hacker, 2009). Demzufolge nimmt die Bewegungskompetenz der Kinder nicht nur aus gesundheitswissenschaftlicher, sondern auch aus bildungs- und erziehungswissenschaftlicher Sicht einen hohen Stellenwert ein.

2.2.2 Ernährungsverhalten

Ein gesundes Ernährungsverhalten ist ein Protektivfaktor für die persönliche Gesundheit (Wagner, Meusel & Kirch, 2005). Ein Vergleich der nationalen Verzehrstudien I und II mit der KiGGS-Studie zeigt, dass sich im Ernährungsverhalten ein Wandel vollzogen hat (RKI, 2007). Das Spektrum von nährstoffangereicherten Produkten, auf das Kind spezifisch ausgerichteten „Kinder-Lebensmitteln“, Fast Food und Convenience Produkte gestalten den Lebensmittelmarkt und beeinflussen das persönliche Ernährungsverhalten. Das Lebensmittelangebot, die Mahlzeitengewohnheiten, die familiäre Ernährungskultur, die Quantität und die Qualität des Lebensmittelkonsums und auch erlernte Ernährungsmuster determinieren das kindliche Ernährungsverhalten (ebenda). Diese Multidimensionalität zeigt, dass eine Verhaltensänderung Interventionen mit

verhaltens- und verhältnispräventivem Ansatz bedarf. Das Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE) und die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt eine nährstoffbalancierte Ernährung für Kinder.

Diese wird durch reichlich Wasser und zuckerfreie Getränke, reichlich pflanzliche Produkte wie Obst, Gemüse und Getreideprodukte, einen mäßigen Konsum von Milchprodukten, Wurst, Fleisch und Fisch und einen minimalen Konsum von Süßigkeiten und fettreichen Snacks sichergestellt (Alexy, Clausen, Kersting, 2008; DGE, 2009). Ca. 80% der Kinder in Deutschland weisen ein gesundes Ernährungsverhalten auf (Mensink, Kleiser & Richter, 2007). Dieses ist komplex und hat kultur- und geschlechtsspezifische Besonderheiten. Hingegen verzehren ca. 20% der Kinder zu häufig Wurst, Fleisch, Süßigkeiten und zu selten Obst, Gemüse, Fisch und Vollkornprodukte. Kinder mit Migrationshintergrund und Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus verzehren häufiger und mehr Lebensmittel mit hoher Energiedichte (ebenda).

2.2.3 Übergewicht und Adipositas

Nach Kurth und Schaffrath (2007) ist dieses teils ungesunde Ernährungsverhalten eine Ursache dafür, dass 15,0% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland Übergewicht aufweisen und 6,3 % adipös sind. Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas korreliert mit dem Alter der Kinder und deren sozialem Hintergrund: Der Anteil der übergewichtigen Kinder steigt von 9,0% in der Altersgruppe der Drei- bis Sechsjährigen, auf 15,0% der Sieben- bis Zehnjährigen bis hin zu 17,0 % in der Altersgruppe von 14 bis 17 Jahren (Mensink et al, 2007). Kinder aus Familien mit geringem Sozialstatus und Kinder mit Migrationshintergrund weisen ein erhöhtes Risiko für Übergewicht und Adipositas auf (Kurth & Schaffrath, 2007). Troschke stellte 2005 fest, dass das Übergewicht in allen Bildungsgruppen in Deutschland, wenn auch von unterschiedlichen Ausgangsniveaus, zugenommen hat. Weltweit ist der prozentuale Anteil der übergewichtigen und fettleibigen Menschen in den letzten drei Jahrzehnten auf bis zu über 50% kontinuierlich gestiegen (OECD, 2010).

2.2.4 Nikotin- und Alkoholkonsum

Im Jahr 2011 erreicht der Anteil an Nierauchern laut der aktuellen Drogenaffinitätsstudie in Deutschland einen historischen Wert: 70,8 % der 12- bis 17-Jährigen rauchten nicht und hatten noch nie geraucht (Vergleich 2001: 40,5% Nieraucher; BZgA, 2012). 11,8% der Kinder und Jugendlichen griffen 2011 regelmäßig zur Zigarette, Tendenz fallend (2001: 27,5%). Der Erstkonsum hat sich bei Tabak und Alkohol positiv entwickelt. 12- bis 25-Jährige rauchen durchschnittlich mit 14,3 Jahren das erste Mal.

Die erste Erfahrung mit Alkohol machen sie mit 14,5 Jahren, den ersten Rausch erleben sie mit 15,9 Jahren (BZgA, 2012). Dem Tabak- und Alkoholkonsum liegen Einstellungen, Werte und Überzeugungen zugrunde, die sich im Kindesalter entwickelten und sich im weiteren Lebenslauf als stabil herausstellen (Lampert & Thamm, 2007). Hinsichtlich dessen ist es erfreulich, dass sowohl gesundheitspolitische Maßnahmen als auch gesundheitsfördernde Aktivitäten der letzten Jahre positive Wirkungen zu haben scheinen.

2.2.5 Psychische Gesundheit

Die Gesundheit der kindlichen Psyche ist Grundlage für eine gesunde Entwicklung des Menschen über seine Lebensspanne hinweg (Oerter & Motada, 2002). Unter Kindern in Deutschland treten Probleme vorwiegend in den Bereichen Emotionalität, Hyperaktivität sowie individuelles und soziales Verhalten auf. Diese beeinflussen die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen negativ (Ravens-Sieberer et al, 2007). Knapp 30% der Kinder (29,3%) im Alter von drei bis siebzehn Jahren zeigen Verhaltensauffälligkeiten oder grenzwertige Verhaltensweisen (Hölling, Erhart, Ravens-Sieberer, Schlack, 2007). Somit sind Verhaltensauffälligkeiten das Hauptproblem im Bereich der psychischen Gesundheit (Ravens-Sieberer et al, 2007). Ca. 20% der Grundschulkinder sind ängstlich, depressiv oder (grenzwertig) emotional auffällig. Rund ein Viertel der Kinder (25,9%) - überwiegend Jungen - zeigen ein (grenzwertiges) impulsives, motorisch unruhiges oder aufmerksamkeitsdezimiertes Verhalten (Hölling et al, 2007). Damit neigen Kinder im Grundschulalter, im Vergleich zu anderen Altersgruppen, besonders stark zu Symptomen einer Hyperaktivität. Doppel- oder Mehrfachdiagnosen sind häufig. Die klare Überpräsentation von Jungen über alle Altersklassen hinweg, ist auffällig. Auch psychische Abnormitäten spiegeln einen sozialen Gradienten wi-

der. Kinder aus Familien mit geringem sozio-ökonomischen Status oder mit Migrationshintergrund sind doppelt so häufig psychisch auffällig, wie Kinder aus sozial gefestigten Familien (Hölling et al, 2007).

2.2.6 Gesundheitsverständnis von Grundschulern

Beisenkamp und Kollegen lieferten 2012 repräsentative Ergebnisse zum Ernährungsverhalten, Bewegungsverhalten, Stresserleben und Gesundheitsbewusstsein von Grundschulern in Deutschland. In elf Bundesländern wurden Daten von 4691 sieben- bis neunjährigen Schülern erhoben. Grundschüler verstehen Gesundheit als Wohlbefinden.

Gesunde Ernährung (62%), Bewegung (34%) und Aspekte seelischer Gesundheit (14%) fließen in ihr Gesundheitsverständnis ein. Aus dem Erleben der Kinder sind Entspannung, Familie und Spiel für ihr gesundheitliches Wohlbefinden elementar. Diese Aspekte beeinflussen ihr Gesundheitskonzept stärker als die Abwesenheit von Krankheit. Gleichwohl wichtig sind die Körperwahrnehmung und ein positives Körpergefühl für das subjektive Wohlbefinden. Je höher das seelische und körperliche Wohlbefinden der Schüler, desto gesünder fühlen sie sich. Gesundsein ist für 96% der Schüler „überaus wichtig“ oder „ziemlich wichtig“, 71% der Schüler sind überzeugt, auf ihre Gesundheit Einfluss zu haben. Je stärker diese Überzeugung ist, desto häufiger scheinen sie glücklich zu sein ($r=.11$) und fühlen sich gesund ($r=.11$). Laut Schülerangaben werden Gesundheitsthemen „mittelmäßig“ bis „ziemlich“ ($M=3,4$) in der Schule behandelt. Obwohl die Schüler angeben, viel über Gesundheit zu wissen, möchten sie mehr erfahren ($r=.20$). Wird Gesundheit an der Schule thematisiert, sind die Schüler etwas stärker überzeugt, die eigene Gesundheit beeinflussen zu können ($r=.12$). Somit ist anzunehmen, dass sich die Bearbeitung von gesundheitsrelevanten Themen in der Schule positiv auf die Kontrollüberzeugung und die gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeit auswirken kann. Regelmäßig gestresst fühlen sich laut Beisenkamp und Kollegen (2012) 25% der Grundschüler. Überforderung oder Aufgabenfülle gelten als die Hauptstressoren. Je besser Schüler wissen, wie sie sich entspannen können, desto seltener fühlen sie sich gestresst. Kinder verfügen über ein allgemeines Gesundheitsbewusstsein, das durch die Aspekte des Wohlbefinden und der Kontrollüberzeugung determiniert wird. Gesundheitsverhalten und -bewusstsein stehen im engen Zusammenhang, die Kausalrichtung ist noch ungeklärt. Während Eltern der stärkste Einflussfaktor für

das Gesundheitsverhalten sind, wird das Gesundheitsbewusstsein am stärksten durch die Schule, Ärzte und das Internet beeinflusst. Das Gesundheitsbewusstsein ist umso größer, je wichtiger dem Kind die eigene Gesundheit ist (ebenda).

2.2.7 Gesundheit Thüringer Schüler

Bilz und Melzer untersuchten 2010 im Rahmen der HBSC-Studie die Gesundheit Thüringer Schüler der fünften bis neunten Klasse. Ernährungsverhalten, Übergewicht, psychische Gesundheit und körperliche Aktivität sind gesundheitliche Problemfelder von Schülern an weiterführenden Schulen. Negative Entwicklungen zeigen sich im Ernährungsverhalten. Die Prävalenz von Übergewicht ist nach wie vor auf einem hohen Niveau, Monodiäten bei Mädchen ab Klasse 9 nehmen zu. Positive Tendenzen in den letzten fünf Jahren zeigten sich beim Tabak- und Alkoholkonsum.

Das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit ist hoch. Defizite im Gesundheitsverhalten sind bei Regelschülern verbreiteter als bei Gymnasiasten. Rückschlüsse auf das Gesundheitsverhalten von Grundschulern können nicht fundiert gezogen werden. Markant ist jedoch, dass sich die gesundheitlichen Probleme mit zunehmendem Alter manifestieren bzw. gesundheitsförderndes Verhalten abnimmt.

Die in Thüringen verpflichtenden Schuleingangsuntersuchungen liefern regionale Daten zu ausgewählten Gesundheitsparametern von fünf- bis sechsjährigen Kindern. So zeigte sich am Beispiel der Stadt Erfurt, dass 71,5% der Einschüler gesundheitlich auffällig waren (Haubner, 2010). 11,8% waren übergewichtig, 10,8% hatten Beschwerden oder Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems. Verhaltensauffälligkeiten zeigten 4,2% der Mädchen und 9,7% der Jungen. Sprachstörungen traten bei ca. einem Viertel der zukünftigen Schulanfänger auf. Allgemein waren Jungen anfälliger, ihre durchschnittliche Erkrankungsrate lag bei 11,9 % (Mädchen: 4,3%). Die gesundheitlichen Probleme der Grundschüler verhärteten sich über die Grundschulzeit (ebenda).

2.2.8 Zusammenfassung

Die gesundheitliche Lage der Kinder in Deutschland hat sich in den letzten Jahrzehnten verändert. Psychische Auffälligkeiten, psychosomatische und lebensstilabhängige Erkrankungen charakterisieren das Krankheitsprofil der jungen Generation. Bemerkenswert ist, dass bereits Kinder im Grundschulalter den Einfluss von Bewegung, Ernährung, Stressmanagement und sozialen Unterstützungsfaktoren als wesentliche Einflussgrößen auf ihr Wohlbefinden reflektieren und über ein ressourcenorientiertes Gesundheitsverständnis verfügen. Konträr zu ca. 80% der Kinder mit einem guten allgemeinen Gesundheitszustand in Deutschland, haben ca. 20% gesundheitliche Probleme. Sie zeigen ein kritisches Ernährungs- und Bewegungsverhalten, das in Zusammenwirkung mit anderen sozialen Faktoren oft zu Übergewicht, Adipositas und motorischen Entwicklungsstörungen führt. Auffälligkeiten im sozial-emotionalen Bereich, wie Konzentrationsstörungen oder impulsives Handeln, kennzeichnen das psychoemotionale Befinden eines Viertels der Schülerschaft. Die Gesamtprävalenz gesundheitlicher Defizite ist bei Kindern aus bildungsfernen, sozial schwachen Familien oder Familien mit Migrationshintergrund höher und manifestiert sich im Laufe der kindlich-jugendlichen Entwicklung bzw. über die Schullaufbahn hinweg. Positive Entwicklungen sind beim Suchtmittelkonsum zu beobachten. Der Erstkontakt mit Zigaretten oder Alkohol hat sich weiterhin in die mittlere Jugendphase bzw. auf aktuell ca. 14,5 Jahre verschoben.

Der Anteil an jugendlichen Nierauchern erreichte 2011 einen historischen Höchstwert von 70,8%. Die Gesundheit Thüringer Schüler reiht sich in das durchschnittliche Gesundheitsprofil deutscher Kinder ein.

2.3 Schulische Gesundheitsförderung

2.3.1 Politische, fachliche und wissenschaftliche Hintergründe

Die Schule ist die sekundäre bzw. tertiäre Sozialisationsinstanz in unserer Gesellschaft. Über die Schule werden Kinder aller sozialen Schichten niederschwellig und zuverlässig erreicht, sie gilt als Setting der Gesundheitsförderung. Ungleich verteilte Entwicklungs- und Gesundheitschancen können über die Schullaufbahn homogenisiert bzw. erhöht werden (Paulus & Zuhorst, 2001). Die deutsche Gesundheitspolitik hat mit der Formulierung von Gesundheitszielen auf die nationalen gesundheitlichen Problemfelder reagiert. Das Gesund-

heitsziel 4 „Gesund Aufwachsen: Lebenskompetenz, Ernährung, Bewegung“ bildet eine politische Grundlage für die Gesundheitsförderung und Prävention im Bildungsbereich (Bundesministerium für Gesundheit, 2010). Gesundheitsförderung kann als Teil von Bildungsarbeit wirksam werden und die Schule in ihrer sozialkompensatorischen Funktion bereichern. Der Beschluss der Kultusministerkonferenz (2012) zur Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule fordert auf, Gesundheitsförderung und Bildungsarbeit zu kombinieren und die Gesundheitskompetenzen der Schüler zu stärken. In den Schulgesetzen und den Lehrplänen der Bundesländer findet sich das Thema Gesundheitsförderung bzw. -erziehung in unterschiedlichem Ausmaß, aber übergreifend wieder. Offen ist in allen Lehrplänen der Umfang, mit welchem gesundheitsrelevante Themen aufgegriffen werden sollen. Es scheint von der Schule oder einzelnen Lehrkräften abhängig, mit welchen Schwerpunkten, in welcher Intensität und mit welchem fachlichen Anspruch Gesundheitsbildung in der Schule stattfindet. Einflussfaktoren können die Problemlagen der Schule vor Ort, die persönliche Gesundheitseinstellung oder das Fachwissen der Lehrkräfte sein.

Die gesundheitswissenschaftliche Forschung zeigt, dass die Schule ein ambivalenter Lebensraum für Gesundheit ist (Paulus, 2000). Sie birgt Belastungsmomente und Gesundheitsressourcen. Leistungs- und Statusdruck, Sinndefizite im Lernprozess und eine negative Schulökologie können Belastungen im schulischen Setting darstellen (Paulus, 2000; Bilz, Hähne, Melzer, 2003). Demgegenüber sind nach Paulus (2000) eine „lebenstaugliche“ Bildung, Erfolgserlebnisse, sichere soziale Bindungen, Akzeptanzerfahrungen und Empowerment (Befähigung) Merkmale einer ressourcenstarken Schule. Wohlbefinden und Gesundheit gelten als Voraussetzung für erfolgreiches Lernen (Eder, 1995; Hascher, 2004). Gesundheitsförderliche Maßnahmen, die auf die Förderung des Wohlbefindens und die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen abzielen, haben laut Hurrelmann und Settertobulte (2008) Auswirkungen auf das kurz- und mittelfristige Wohlbefinden und beeinflussen die Lernleistung positiv. In verschiedenen internationalen Studien wurden die Zusammenhänge von Gesundheitsindikatoren (z.B. BMI) und der schulischen Leistung (z.B. Notenpunkte) untersucht. In einer isländischen Studie wurde deutlich, dass der BMI und das Ernährungs- und Bewegungsverhalten - als unabhängige Variablen - die akademische Leistung bis zu 24 % beeinflussen (Sigfúsdóttir, Krittjánsson, Allegrante, 2006). Der Zusammenhang zwischen dem Bewegungsverhalten und der Schulleistung

war mäßig signifikant nachweisbar ($r=0.09$). Murray, Low, Hollis, Cross und Davis konnten in ihrem Review 2007 den positiven Zusammenhang von Gesundheitsprogrammen und schulischer Leistungsfähigkeit belegen. Besonders bewegungsorientierte Interventionen zeigten signifikante Erfolge innerhalb des Schulklimas, der Gewaltbereitschaft, der allgemeinen Schulleistung und im Besonderen der Lesekompetenz. Bereits 1998 machte Freitag mit seiner Untersuchung auf die zentrale Wirkung des Schulklimas aufmerksam. Je negativer die Parameter des Schulklimas bewertet wurden, desto schlechter war der Gesundheitszustand der Schüler. Auch von Kolip und seinen Kollegen (2011) wird die Schlüsselrolle des Schulklimas im Wirkungsgefüge von Gesundheit und Lernerfolg betont. Sie fanden heraus, dass sich ca. 20% (21,6%) der elfjährigen Schüler in Deutschland durch schulische Anforderungen „einigermaßen“ oder „sehr stark“ belastet fühlen. Es liegen keine Daten für den Grundschulbereich vor. Mit zunehmendem Alter steigen die subjektiv empfundenen Anforderungen jedoch an (Bilz & Melzer, 2010). Verschiedene Studien belegen, dass schulische Belastungen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, vor allem im Bereich der psychischen Gesundheit, einhergehen können (Ravens-Sieberer, Kokonyei, Thomas, 2004; Bilz, 2008). Schüler, die einen hohen Anforderungsdruck in der Schule wahrnehmen, zeigen häufiger riskante Verhaltensweisen, wie z.B. Rauchen, und geben häufiger Gesundheitsbeschwerden, wie z.B. Kopf- oder Bauchschmerzen, an (Torsheim & Wold, 2001; Simetin, Kuzman, Franelic, Pristas, Benjak & Dezeljin, 2011). Vor diesem Hintergrund ist schulisches Erleben nicht nur ein bildungspolitisches Thema, sondern auch ein Thema der öffentlichen Gesundheit.

2.3.2 Ansätze schulischer Gesundheitsförderung

Schulische Gesundheitsförderung kann am Individuum oder am System ansetzen (WHO, 1986). Bezogen auf das Kind, geht es darum, seine persönlichen Kompetenzen im Sinne einer Verhaltensprävention zu steigern, es in seiner persönlichen und gesundheitlichen Entwicklung anzuregen und ihm die Möglichkeit zu geben, sich Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten anzueignen, um das eigene Leben gesund zu gestalten. Der zweite Ansatzpunkt ist das System Schule, das als Lern- und Lebenswelt strukturelle, organisatorische und soziokulturelle Rahmenbedingungen setzt, und die Gesundheit der im System Leben-

den wesentlich beeinflusst (Verhältnisprävention). Die Kombination der Ansätze ist sinnvoll. Auf Verhaltensebene werden vorwiegend Unterrichtsprogramme genutzt, die die Stärkung der Gesundheitskompetenz in den Mittelpunkt stellen. Auf Verhältnisebene werden gesundheitsbezogene Schulentwicklungs- bzw. Qualitätsmanagementkonzepte implementiert. Die Maßnahmen schulischer Gesundheitsförderung konzentrieren sich nach den Empfehlungen der BZgA (2000) auf die Handlungsfelder Ernährung, Bewegungsförderung, Stressbewältigung, Suchtprävention, Förderung des Nichtrauchens, Prävention von Substanzmittelgebrauch, Umgang mit chronisch Kranken, Gewaltprävention, Prävention von infektiösen und umweltbedingten Erkrankungen, Unfall- und Aidsprävention.

Verhaltensprävention/Lebenskompetenzansatz

Um die Gesundheitskompetenzen des Kindes zu stärken und gesundheitsförderliches Verhalten zu unterstützen, sind national und international gesundheitsbezogene Unterrichtsprogramme mit verhaltenspräventivem Ansatz etabliert. Diese nutzen entwicklungs- und sozialpsychologische Erkenntnisse des Kindes- und Jugendalters und gesundheitspsychologische Theorien. Sie zielen darauf ab, Gesundheitskompetenzen aufzubauen und zu stärken. Die BZgA (2000) empfiehlt, die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Kinder auf Grundlage von drei Säulen vorzunehmen. Die Informationssäule umfasst die kindgerechte Aufbereitung und Vermittlung gesundheitsrelevanter Informationen, die Motivationsssäule soll Methoden vorhalten, die das Kind zu gesundem Verhalten anregen. In diesem Spannungsfeld gelten Freude, Erfolg und Anerkennung als Motivatoren (Spitzer, 2009, 2010). Das Einüben, Trainieren und Festigen gesundheitsfördernder Verhaltensweisen sind Methoden der Praxissäule, die die BZgA (2000) fordert und die auch hinsichtlich gesundheitsrelevanter Lerninhalte bestätigt werden kann. Der aktuelle Forschungsstand fordert eine Gesundheitsförderung auf Basis des Lebenskompetenzansatzes.

Ziel dieses Ansatzes ist es, die Lebenskompetenzen der Schüler zu stärken und implizierend Gesundheitskompetenzen aufzubauen (WHO, 1997, 2001, 2006).

Verhältnisprävention/Settingansatz

Die Bezeichnung „Gesundheitsfördernde Schule“ beschreibt ein Ziel und einen Organisationsentwicklungsprozess, in dem sich die Schule als System zu einer gesundheitsfördernden Bildungseinrichtung entwickelt. Sie setzt sich eigenver-

antwortlich mit aktuellen gesundheitlichen Herausforderungen an der Schule auseinander und zielt darauf ab, die Lebensbedingungen vor Ort gesundheitsfördernd zu gestalten (Paulus, 2000). Entsprechend des europäischen Netzwerkes gesundheitsfördernder Schulen (ENHP) ist eine Schule gesundheitsfördernd, wenn sie eigenverantwortlich Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen vorhält, die das seelische, körperliche und soziale Wohlbefinden von Kindern und Lehrkräften unterstützen (ENHP, 1997; Barkholz, Israel, Paulus, Posse, 1998; Brägger & Posse, 2007). Die gesundheitsfördernde Schule arbeitet grundsätzlich nach folgenden Prinzipien: Demokratie, Gemeinschaft, Gerechtigkeit, Empowerment, Lebensraumbezug, curriculares Lernen, Fort- und Weiterbildung, Evaluation, Nachhaltigkeit und Vernetzung (ENHP, 1997). Sie hält eine Agenda vor, wie Gesundheits- und Lebenskompetenz gestärkt werden.

2.3.3 Überblick zu verhaltenspräventiven Gesundheitsprogrammen in Deutschland

Im deutschsprachigen Raum gibt es nach aktuellem Recherchestand sechs relevante Gesundheitsprogramme, die in Grundschulen ihren Einsatz finden. Die inkludierten Unterrichtseinheiten sind verhaltensorientiert ausgerichtet und zielen multimethodisch auf die Vermittlung von Gesundheitswissen und die Prägung von Einstellungen und Werten ab. Sowohl der pädagogische Ansatz, der zeitliche Umfang, die inhaltlichen Schwerpunkte als auch die Methoden variieren stark. Schwerpunkte sind vorrangig die Persönlichkeitsstärkung, die Stärkung der emotional-sozialen Kompetenz, Gewaltprävention, Suchtprävention und/oder Ernährungserziehung und -bildung.

Fit und Stark fürs Leben

„Fit und Stark fürs Leben“ ist ein Unterrichtsprogramm zur Persönlichkeitsförderung mit dem Ziel, Gewalt, Aggressionen, Stress und Sucht vorzubeugen. Es verfolgt den Lebenskompetenzansatz. "Fit und Stark fürs Leben" wird jeweils in Klasse 1/2 und aufbauend in den Klassen 3/4 mit jeweils 20 Unterrichtseinheiten à 60 bis 90 Minuten fortlaufend einmal wöchentlich durch die Lehrkräfte durchgeführt (Burow, Asshauer & Hanewinkel, 1998, 1999).

Positive Ergebnisse der Intervention waren weniger aggressive Verhaltensweisen der Schüler, ein positiveres Körperbewusstsein, eine negativere Einstellung zum Rauchen und eine Stagnation des Raucheranteils im Vergleich zum Anstieg

der Kinder mit regelmäßigen Raucherfahrungen in der Kontrollgruppe (Abhauer & Hanewinkel, 1999, 2000). Daten zur aktuellen Verbreitung des Programms stehen nicht zur Verfügung.

Faustlos

„Faustlos“ ist vorwiegend ein Gewaltpräventionsprogramm. Insgesamt 51 Lektionen zu den Themen Impulskontrolle, Empathie und Umgang mit Gefühlen werden über einen Zeitraum von drei bis vier Jahren mit den Schülern bearbeitet (Schick, 2004). Insbesondere bei überdurchschnittlich aggressiven Schülern zeigt das Programm durch den signifikanten Rückgang der Aggressionskennwerte und einen deutlichen Anstieg der Empathiefähigkeit, einen Erfolg (Bowi, Ott & Tress, 2008; Schick, 2004). Das Programm wird durch geschulte Lehrkräfte realisiert und weitestgehend in Baden-Württemberg und Hessen umgesetzt (Heidelberger Präventionszentrums, 2013).

Hauen ist doof

Ebenfalls auf Gewaltprävention ausgerichtet ist das Unterrichtsprogramm „Hauen ist doof“. Externe Fachkräfte bieten mehrere Unterrichtseinheiten pro Jahr oder Projekttag zu den Themen emotional-soziale Kompetenz und Gewaltprävention an (Verein für Gewaltprävention bei Kindern und Jugendlichen e.V., 2010). Das Programm ist eindeutig thematisch untersetzt, bietet jedoch keine feste Struktur oder eine verbindliche Mindestanzahl an Unterrichtseinheiten. „Hauen ist doof“ ist hauptsächlich in Thüringen bekannt und etabliert.

Klasse 2000

„Klasse 2000“ ist ein umfassendes und stark strukturiertes Unterrichtsprogramm zur Persönlichkeitsstärkung und Gesundheitsförderung von Grundschulkindern. Es basiert auf dem Lebenskompetenzansatz und greift die Themen Bewegungsförderung, Ernährungskompetenz, Stressbewältigung und emotional-soziale Kompetenz auf (Storck, Duprée, Doktor, Bölskei, 2007; Storck, Duprée, Bölskei, 2008; Storck, 2010). Lehrer und externe Fachkräfte der Gesundheitsförderung setzen das Programm innerhalb von 11 bis 15 Unterrichtseinheiten pro Jahr in den Klassen 1 bis 4 um (Verein Klasse 2000, 2010). Am häufigsten findet „Klasse 2000“ in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Niedersachsen und Bayern Anwendung (Verein Klasse 2000, 2012).

Eigenständig werden

Wiborg und Hanewinkel (2001) entwickelten das Lebenskompetenzprogramm „Eigenständig werden“, welches in Deutschland (vorrangig in Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern) und Österreich umgesetzt wird. Innerhalb von 42 Unterrichtseinheiten (10 bis 12 pro Schuljahr) erarbeiten sich die Schüler durch Unterstützung ihrer Lehrkräfte Kompetenzen in den drei Hauptbereichen "Ich", "Ich und die Anderen" sowie "Ich und meine Umwelt".

Ich bin ich – Gesundheitsförderung durch Selbstverwirklichung

Krause, Hannich, Stückle, Widmer, Rohde und Wiesmann (2000) tragen der Erkenntnis Rechnung, dass Selbstverwirklichung und Selbstwert zentrale Konstrukte der psychischen Gesundheit sind. Mit dem von ihnen entwickeltem Programm „Ich bin ich – Gesundheitsförderung durch Selbstverwirklichung“ werden besonders die Kompetenzen in den Bereichen Selbstwert, Kommunikation, Körperbewusstsein sowie Freizeit- und Ernährungsverhalten aufgebaut. Das Programm ist curricular für die Klassen 1/ 2 bzw. 3/ 4 strukturiert. Während die thematischen Unterrichtseinheiten im 1. Schuljahr wöchentlich stattfinden, werden die 15 Lerneinheiten ab Klasse 2 innerhalb von drei Projekttagen pro Schuljahr organisiert. Lehrkräfte setzten das Programm im Rahmen eines Modellprojektes zwischen 2000 und 2005 an 13 Grundschulen in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen um (Krause, 2004, 2007). Es sind keine Daten veröffentlicht, ob und wie häufig das Programm zum aktuellen Zeitpunkt im pädagogischen Alltag integriert wird.

2.3.4 Überblick zu verhältnispräventiven Gesundheitsprogrammen in Deutschland

Nach aktuellem Recherchestand existieren sechs Programme, bei denen die schulische Gesundheitsförderung im Sinne des Setting-Ansatzes und der Verhältnisprävention im Vordergrund steht. Die Programme „Gute gesunde Schule“, „Audit gesunde Schule“ und „Gesund Leben Lernen“ sind differenzierte Qualitätsprogramme zur Erfassung und Weiterentwicklung der pädagogischen, strukturellen und gesundheitlichen Schulqualität. Weiterhin stehen die inhaltlich orientierten Zertifizierungsverfahren zur „Anerkannten Kneipp-Schule“, zur „Bewegungsfreundlichen Schule“ und zur „Schule 2020“ zur Verfügung.

Gute gesunde Schule

Das vom Verein anschub.de entwickelte Programm „Gute gesunde Schule“ wurde 2010 in fünf Bundesländern implementiert. Aktuell können sich Schulen aller Schulformen in Hessen, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Berlin und Bayern diesem umfangreichen, computergestützten gesundheitsorientierten Qualitätsaudit unterziehen (Paulus 2007b; Verein anschub.de, 2013).

Audit gesunde Schule

In neun Bundesländern (Sachsen, Berlin, Brandenburg, Thüringen, Sachsen-Anhalt, Niedersachsen, Saarland, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern) können sich Schulen aller Schulformen diesem Zertifizierungsverfahren zur Verbesserung der gesundheitlichen Schulqualität stellen. Eine Kombination von Selbst- und Fremdbewertung in fünf Qualitätsbereichen stellt die Grundlage der Zertifizierung dar (Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt, 2013).

Gesund Leben Lernen

In Niedersachsen hat sich das Projekt „Gesund Leben Lernen“ vom Modellprojekt zu einem nachhaltigen Kooperationsprojekt zwischen den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen, der Landesvereinigung für Gesundheit und der Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen etabliert. Circa 160 niedersächsische Schulen aller Schularten nutzen das Projekt aktuell, um sich als System unter dem Blickpunkt der Gesundheit angeleitet weiterzuentwickeln (Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, 2013).

Anerkannte Kneipp-Schule

Grundschulen in Bayern und Thüringen haben die Möglichkeit, sich als „Anerkannte Kneipp-Schule“ auszeichnen zu lassen. Anhand von Richtlinien zu organisatorischen, strukturellen und inhaltlichen Merkmalen der Schule und mit Hilfe von Weiterbildungsveranstaltungen für die Lehrkräfte optimieren die Schulen ihre Gesundheitsqualität. Der Schwerpunkt des Kneipp-Konzeptes liegt auf inhaltlichen Fragestellungen und greift die Themen Bewegung, Ernährung, Psychische Gesundheit, Immunsystemstärkung und Natur auf (Kneipp-Bund, 2013).

Bewegungsfreundliche Schule

Das Konzept „Bewegungsfreundliche Schule“ ist ein inhaltlich orientiertes und eher einfaches Zertifizierungsverfahren, das von Landessportbänden Thüringen

und Baden-Württemberg angeboten wird. Die Einhaltung struktureller Richtlinien in den Bereichen Bewegungsförderung, Gesunde Ernährung und Psychische Gesundheit charakterisieren den Zertifizierungsprozess. Die Anerkennung als „Bewegungsfreundliche Schule“ ist in Thüringen und Baden-Württemberg für alle Schulformen möglich, aktuell gibt es keine Schule in Thüringen, die dieses Zertifikat vorweist (Landessportbund Thüringen, 2013).

Schule 2020

Das Programm „Schule 2020“ ist ein Leitfaden zur Implementierung eines schulinternen Projektmanagements. Das Projekt hat das Ziel eine gesundheitsorientierte Organisationsentwicklung anzuregen. Es kann unabhängig von der Umsetzung des Unterrichtsprogramms „Klasse 2000“ realisiert werden. Es empfiehlt Schritte zur Umsetzung eines Gesundheitsförderungskonzeptes auf Schulebene (Seeger, 2007).

2.3.5 Stand schulischer Gesundheitsförderung in Thüringen

Gesundheitszieleprozess

Der Freistaat Thüringen initiiert seit 2007 einen landesweiten Gesundheitszieleprozess. Er erstrebt damit, die Gesundheitsversorgung und -förderung effizient, vernetzt, transparent und nachhaltig weiterzuentwickeln. Im Rahmen dessen wurde eine intensive fachliche Diskussion und Netzwerkarbeit der Gesundheitspartner in Thüringen angeregt (Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, 2010). Der Gesundheitszieleprozess konzentriert sich auf die Themenfelder Gesund alt werden, Brustkrebs, Depressive Erkrankungen, Suchtmittelmissbrauch und Strukturentwicklung. Übergreifend wird psychische Gesundheit als Anliegen des Gesundheitsprozesses formuliert.

Das Ziel „Entwicklung und Förderung eines gesunden Lebensstils zur Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ wird der Notwendigkeit gerecht, frühzeitig zu intervenieren und Gesundheitschancen von Kindern zu stärken. Die Umsetzung ernährungspädagogischer Angebote in der Schule, die bewusste Integration von Bewegung in den Alltag und die Stärkung der persönlichen und sozialen Kompetenzen sind drei der sechs Teilziele. Durch die Koordinierungsstelle des Gesundheitszieleprozesses angeregt, fanden in den letzten Jahren eine intensive Arbeit in Fachgremien, Weiterbildungsveranstaltungen und Netzwerkaktivitäten statt, die auch das Thema schulische Gesund-

heitsförderung aufgegriffen. Unter anderem die DGE - Sektion Thüringen, die Friedrich-Schiller-Universität Jena, Wohlfahrtsverbände und Krankenkassen waren aktive Netzwerkpartner (TMSFG, 2010).

Gesetzliche Rahmenbedingungen in Thüringen

Nach §47 des Thüringer Schulgesetzes (TMBWK, 2010, 2013) ist jede Schule verpflichtet, Gesundheitserziehung zu unterstützen und ein umfassendes Konzept zur Gesundheitsförderung zu entwickeln. Gesundheitsbezogene Lehrplaninhalte sollen fächerübergreifend bearbeitet und Teil des schulischen Lebens werden. Die gesetzliche Forderung nach Gesundheitsförderung wird durch das bildungspolitische Entwicklungsvorhaben der Eigenverantwortlichen Schule in Thüringen unterstützt. Nach Dörfel (2010) soll Gesundheitsförderung integraler Bestandteil des Qualitätskonzeptes der Schule sein, d.h. jede Schule soll eigenverantwortlich auf Grundlage der Bedarfe vor Ort ein Schul- bzw. Qualitätsprogramm mit Hinblick auf das Thema Gesundheitsförderung entwickeln. Unterstützung erhalten Schulen von den staatlichen Schulämtern und dem Institut für Thüringer Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien (THILLM). In Kooperation mit der AOK Plus können sich Schulen am Projekt „Gesunde Lebenswelt Schule - ein Plus für alle“ beteiligen. Auf Grundlage schulspezifischer Daten der HBSC-Studie können Schulen mit Unterstützung von Gesundheitsberatern ein entsprechendes Qualitätsprogramm entwickeln. Das Projekt „Gesunde Lebenswelt Schule“ richtet sich ausschließlich an Regelschulen und Gymnasien (Dörfel, 2010).

Gesundheitsförderung in Grundschullehrplänen

In Thüringen steht die Vermittlung persönlicher, sozialer und methodischer Kompetenzen im Zentrum des Bildungs- und Erziehungsauftrages, wobei die individuelle Förderung des Kindes anhand seiner Stärken und Talente besonders betont wird (TMBWK, 2010).

In den Grundschullehrplänen für die Fächer Heimat- und Sachkunde, Ethik und Sport ist gesundheitliche Bildung auf körperlicher, sozialer und persönlicher Ebene verankert. Die Befähigung der Schüler, ihre aktuelle und zukünftige Lebenswirklichkeit zu bewältigen und sich selbst ein Fundament für ein gesundes und aktives Leben zu schaffen, ist Ziel der primären Bildung (vgl. Grundschullehrplan Heimat- und Sachkundeunterricht, TMBWK, 2010). Die Notwendigkeit von fächerübergreifendem, handlungsorientiertem und aktiv-entdeckendem

Lernen wird betont. Hervorzuheben ist die klassenübergreifende (Klasse 1/2 bzw. Klasse 3/4) und curriculare Organisation des Grundschullehrplanes in Thüringen. Sie trägt den individuellen Entwicklungsständen und Lernfortschritten der Kinder Rechnung und wird der Notwendigkeit der Wiederholung und Vertiefung von Bildungsinhalten gerecht (siehe Anhang 4).

Der Thüringer Bildungsplan für Kinder von null bis zehn Jahren ist in Thüringen für Kindertagesstätten verbindliche, für Grundschulen ergänzende Arbeitsgrundlage. Der Bildungsplan geht von basalen, elementaren und primären Bildungsphasen aus, die in- einander übergehen und für bestimmte Bildungsbedürfnisse des Kindes stehen (TKM, 2008). Es werden Bildungsbereiche, wie z.B. motorische und gesundheitliche Bildung und soziokulturelle, moralische und religiöse Bildung beschrieben, die nicht als abgegrenzte Fächer, sondern als Bildungsfelder beschrieben werden. Zentrales Element ist das konstruktive Lernprinzip, in dem die Lehrkraft Bildungsanlässe schafft, in denen sich das Kind selbsttätig mit Problemstellungen auseinandersetzt und dadurch soziale, methodische, sachliche und persönliche Kompetenzen erwirbt (ebenda).

2.3.6 Bedarfsermittlung

In Thüringen sind Schulen verpflichtet, ein umfassendes Gesundheitskonzept vorzuhalten und umzusetzen (TMBWK, 2010, 2013). Es ist offen, inwieweit diese Forderung geprüft wird. In welcher Qualität, in welchem Umfang und mit welchen inhaltlichen Schwerpunkten Gesundheitsbildung erfolgt, ist im Rahmen des Lehrplanes von der Schule eigenverantwortlich zu gestalten. Nach dem aktuellen Recherchestand setzen Grundschulen in Thüringen nur vereinzelt Verhaltens- oder verhältnispräventive Gesundheitsprogramme um. Von insgesamt 464 Grundschulen in Thüringen nutzt eine Grundschule das „Audit Gesunde Schule“ (LVG, 2013), acht Einrichtungen sind „Anerkannte Kneipp-Schulen“ (telefonische Auskunft des Kneipp-Landesverbandes Thüringens am 14.08.2013). Als Unterrichtsprogramm zur Stärkung der Gesundheitskompetenzen wird an elf Thüringer Grundschulen das Programm „Klasse 2000“ genutzt. Damit greifen Thüringer Grundschulen im bundesdeutschen Vergleich selten auf Gesundheitsprogramme zurück. Ursachen können sein, dass nicht alle zur Verfügung stehenden Programme in Thüringen genutzt werden können, die Programme für Grundschulen nicht nutzbar oder ungeeignet sind, sie mit den

Thüringer Lehrplänen oder dem Bildungsplan nicht kompatibel sind oder sie hohe Kosten generieren (z.B. Klasse 2000: 200 EUR pro Jahr pro Klasse). Ein auf Thüringen zugeschnittenes Gesundheitsprogramm, das die gesundheitsrelevanten Inhalte der Lehrpläne aufgreift, unter aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Aspekten aufbereitet und in der notwendigen curricularen und methodischen Struktur umsetzt, kann Grundschulen helfen, die Gesundheits- und Lebenskompetenzen der Schüler zu stärken und ihren gesundheitlichen Bildungsauftrag zu erfüllen.

2.3.7 Zusammenfassung

Die Schule steht seit Jahren national und international aus bildungspolitischer und gesundheitswissenschaftlicher Sicht im Blickpunkt. Sie ist eine Sozialisationsinstanz, die mit ihrer pädagogischen Arbeit nicht nur die intellektuelle und soziale Entfaltung der Kinder anregt, sondern auch einen wesentlichen Beitrag zur gesundheitlichen Entwicklung der Schüler leistet. Sie wirkt homogenisierend auf die Entwicklungschancen der Kinder, kann die individuellen Gesundheitsressourcen der Schüler stärken und als Setting positive Rahmenbedingungen für Gesundheit setzen. Es kristallisieren sich zwei Ansätze heraus, wie die kindliche Gesundheit im Setting Schule lanciert werden kann. Verhaltensprävention setzt am Individuum an und stärkt die persönlichen und sozialen Gesundheitsressourcen. Sie erfolgt durch im Unterricht umgesetzte Programme. Verhältnisprävention setzt am System Schule an, indem organisatorische, pädagogische, und strukturelle Rahmenbedingungen unter dem Blickwinkel Gesundheit weiterentwickelt werden. In Deutschland stehen Programme beider Ansätze zur Verfügung, die jedoch aufgrund föderalistischer Strukturen nur in einzelnen Bundesländern realisiert werden können.

In Thüringen ist schulische Gesundheitsförderung ein gefördertes und gefordertes Thema. Im Rahmen des Gesundheitszieleprozesses nimmt das Thema Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter neben anderen Bereichen eine gleichberechtigte Stellung ein, laut Thüringer Schulgesetz ist jede Schule verpflichtet, ein umfassendes Konzept zur Gesundheitserziehung vorzuhalten und umzusetzen, in den Thüringer Grundschullehrplänen und im Thüringer Bildungsplan wird die kompetenzbasierte Bildung im gesundheitlich-motorischen und sozial-emotionalen Bereich klar gefordert.

Inwieweit die Gesundheitskonzepte der Schulen den fachlichen Anforderungen gerecht und umgesetzt werden, ist unbekannt und nach aktuellem Recherche-stand nicht geprüft. Das verhältnisorientierte Schulentwicklungsprogramme „Gesunde Lebenswelt Schule – ein Plus für alle“ ist in Thüringen ausschließlich für Regelschulen und Gymnasien vorgesehen. Von den 464 Thüringer Grundschulen halten vereinzelt Grundschulen das Zertifikat „Audit gesunde Schule“, „Anerkannte Kneipp-Schule“ oder nutzen das Programm „Klasse 2000“. Vor diesem Hintergrund kann ein in Thüringen entwickeltes, an dem Thüringer Lehrplan angelehntes, verhaltensorientiertes Gesundheitsprogramm helfen, Gesundheitsförderung im schulischen Alltag zu integrieren.

Es kann zur individuellen Gesundheitsförderung und als Bestandteil eines gesundheitsorientiertes Schulentwicklungskonzeptes genutzt werden und Lehrkräfte unterstützen, die Gesundheitskompetenzen der Schüler nach aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Standards lehrplankonform aufzubauen und zu stärken.

Ein Gesundheitsprogramm, das als Unterstützungsangebot für Thüringer Grundschulen fungieren soll, sollte folgende Merkmale aufweisen (vgl. WHO, 1997,2001, BZgA, 2002; TMBWK, 2010):

- Die Stärkung der Lebenskompetenzen der Kinder steht im Mittelpunkt.
- Gesundheit wird positiv kommuniziert, Gesundheitsbewusstsein wird gefestigt.
- Das Programm ist auf Grundlage des Gesundheitsmodells von Antonovski (1987) ausgerichtet, es konzentriert sich auf Gesundheitsressourcen, attraktive Gesundheitsziele und erkennt die Entwicklung als wichtigen Weg Richtung Gesundheit an.
- Lerntheoretische, entwicklungs-, sozial- und motivationspsychologische Erkenntnisse werden berücksichtigt.
- Die Themen Bewegung, Ernährung, Umgang mit Stress, Medien, Suchtprävention, Körperpflege, Sexualbildung und soziales Miteinander werden aufgegriffen.
- Wissen, Einstellungen und Kompetenzen werden gemeinsam bearbeitet.
- Lebens- und Gesundheitsfragen aus diesen Bereichen werden themenbezogen, fächer- bzw. klassenübergreifend bearbeitet.

- Das Programm wird den drei Säulen Informieren, Motivieren und Einüben gesunder Verhaltensweisen gerecht.
- Das Programm ist langfristig aufgebaut, d.h. es ist über vier Jahre mit jährlich mindestens 15 Lerneinheiten untersetzt.
- Das Lernen erfolgt in selbst-, sozial- und sachkompetenten Zusammenhängen.
- Lernprozesse sind handlungsorientiert, selbstentdeckend, spielerisch und partizipativ ausgerichtet.
- Die Lehrkraft ist ko-konstruktiver Lernbegleiter.
- Die Bedürfnisse und Interessen der Zielgruppe sind erkannt und berücksichtigt.
- Das Programm bezieht Kinder in die Evaluation und Weiterentwicklung des Programms ein.

3 Entwicklung eines Programms zur Stärkung der Gesundheits- und Lebenskompetenzen von Grundschulern in Thüringen

Das Vorhaben ein Gesundheitsprogramm für Thüringer Grundschulen zu entwickeln wird durch die in Tabelle 1 erfassten Schritte realisiert. Das folgende Kapitel erläutert umfassend den Entwicklungsschritt 3.

Tab. 1: Überblick zum Projekt

Entwicklungsschritte des Gesundheitsprogramms „Aktivi“	
Schritt 1:	Literaturrecherche Projektvorbereitung und -abstimmung mit der Universität Jena
Schritt 2:	Auswahl der Modellschule und Vorstellung des Projektes
Schritt 3:	Entwicklung des Programms in Kooperation mit der Modellschule <ul style="list-style-type: none"> - Literaturauswahl - Festlegung von Ansatz, Zielen, Aufbau, Struktur und Methodik - Erprobung einzelner Programmelemente - Entwicklung und Gestaltung der Unterrichtseinheiten und dazugehörigen Materialien
Schritt 4:	Planung und Organisation der Evaluation <ul style="list-style-type: none"> - Vorstellung des Programms und des Evaluationsvorhabens bei Schulträger, Lehrkräften, Elternschaft und Schülern - Akquise der Schüler- und Lehrerstichprobe - Einholen der Einverständniserklärungen
Schritt 5:	Entwicklung der Messinstrumente/Pre-Test der Fragebögen
Schritt 6:	Implementierung des Programms über einen Zeitraum von einem Schuljahr mit laufender Datenerhebung
Schritt 7:	Datenauswertung und Interpretation der Ergebnisse mit Unterstützung des Forschungskolloquiums der Universität Jena
Schritt 8:	Optimierung des Gesundheitsprogramms <ul style="list-style-type: none"> - Inhaltliche Anpassung - Endversion des Layout
Schritt 9:	Vorstellung der Ergebnisse der Ergebnisse bei Schulträger, Schule und Eltern
Schritt 10:	Abschluss

Quelle: Eigene Darstellung

Angelehnt an die an Abbildung 2 dargestellten Empfehlungen der WHO von 2001 und die Anforderungen an erfolgreiche Gesundheitsbildungsprogramme, die vom Center for Disease Control and Prevention (2013) formuliert wurden, werden im Folgenden Ziele, Teilziele, Inhalte und Methoden des Programms beschrieben.

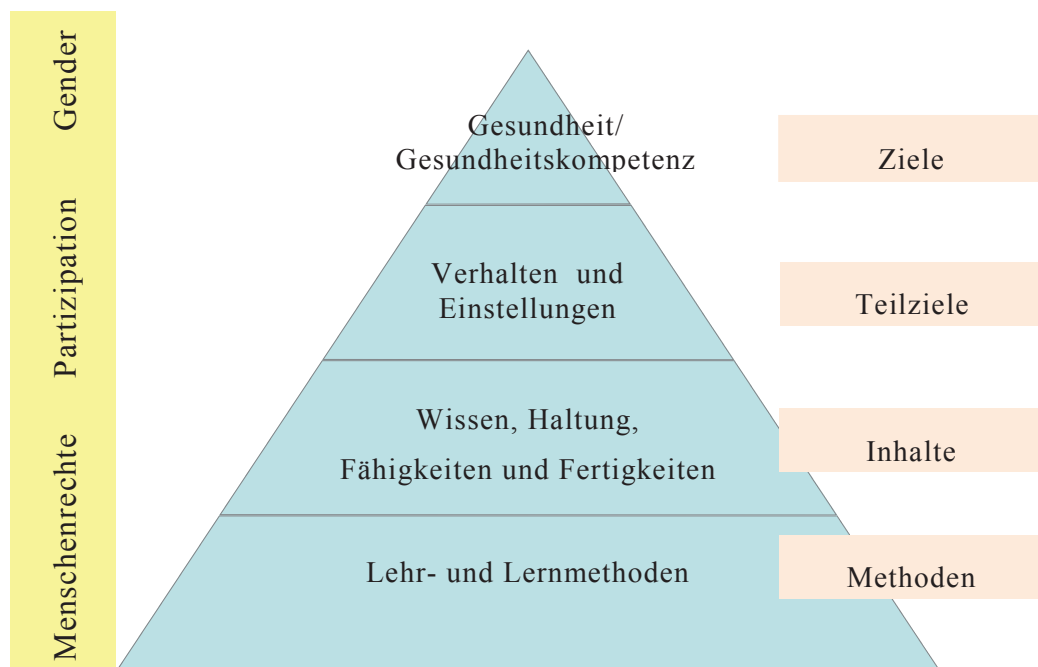


Abb. 1: Empfehlungen zur Planung von Gesundheitsprogrammen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an WHO, 2001, S.7

3.1 Gesundheitspsychologischer Hintergrund

Gesundheitspsychologische und sozialwissenschaftliche Theorien und Modelle geben Aufschluss, wie Gesundheit bzw. Gesundheitsverhalten entsteht. Im Folgenden werden die Modelle vorgestellt, die der Konzeption des Gesundheitsprogrammes im Wesentlichen zugrunde liegen.

3.1.1 Modell der Salutogenese

Antonovsky (1987) setzt in seinem Salutogenese-Modell verschiedene Konstrukte in Relation, die in ihrem Wechselspiel die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit beeinflussen. Die wesentlichen Elemente sind das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, das Köhärenzgefühl, die Stressoren und die generalisierten Widerstandsressourcen.

Grundlegend geht Antonovsky davon aus, dass Gesundheit und Krankheit keine dichotomen Zustände sind, sie bilden ein Kontinuum (1987; BZgA, 2001). Die Bewegung des Individuums auf diesem Kontinuum ist abhängig von dem Kohärenzsinn (SOC) und den generalisierten Widerstandsressourcen (GRR).

Der Köhärenzsinn ist eine dispositionale Orientierung des Individuums bzw. eine Grundhaltung, die die flexible Anwendung von Bewältigungsstrategien (Coping-Strategien) bei auftretenden Stressoren anregt (BZgA, 2001). Die mit dem Kohärenzsinn verbundene Grundhaltung basiert auf einem Gefühl der Verstehbarkeit (kognitives Verarbeitungsmuster), der Bewältigbarkeit (kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster) und der persönlichen Sinnhaftigkeit des Lebens.

Stressoren sind für Antonovsky *“von innen oder außen kommende Anforderung an den Organismus“* (1979, S. 72), die einen Spannungszustand als Ergebnis haben. Gesundheitsfördernd ist, wenn die Spannungsbewältigung gelingt. Kann die Spannung nicht aufgelöst werden, entsteht subjektiver Stress, der unter bestimmten Bedingungen (z.B. Dauer, Intensität, Krankheitserregern) zur Schwächung der Gesundheit führen kann.

Generalisierte Widerstandsressourcen umfassen konstitutionelle, psychische, interpersonale, soziokulturelle und materielle Ressourcen, die das Gesundheitspotential des Menschen definieren (Franzkowiak, 2003).

Diese Variablen korrelieren mit dem Gesundheitsverhalten des Menschen. Sie gelten als generalisiert, da sie in allen (Stress-) Situationen zum Tragen kommen (BZgA, 2001).

Vor dem Hintergrund, dass sich der SOC im Laufe der Kindheit entwickelt und von allen Erlebnissen und Erfahrungen geprägt wird, muss es in der Gesundheitsförderung im kindlichen Bereich darum gehen, Lern- und Entwicklungssituationen zu schaffen, die für die Kinder bedeutsam, verstehbar und bewältigbar sind.

3.1.2 Risiko- und Schutzfaktorenmodell

Das Risikofaktorenmodell ist seit den 60er Jahren Grundlage von Präventionsprogrammen. Als Risikofaktoren bezeichnet man Prädiktoren, wie z.B. ein geringer Selbstwert oder fehlende Bewältigungsstrategien, die gesundheitsschädigendes Verhalten oder Krankheiten empirisch wahrscheinlich machen (Franzkowiak, 2003). Die Gesundheitswissenschaften betonen die Frage nach gesundheitserhaltenden Einflussgrößen bzw. den Schutzfaktoren. Schutzfaktoren umfassen Ressourcen, Haltungen, Fähigkeiten, Wissen und Fertigkeiten, die Menschen helfen, mit anspruchsvollen Lebensbedingungen umzugehen. Die Summe der Protektivfaktoren bildet das Gesundheitspotential des Individuums (Franzkowiak, 2003). Schutzfaktoren können interner (persönlicher) oder externer (sozialer) Natur sein. Interne Schutzfaktoren sind den Lebenskompetenzen (vgl. Lebenskompetenzansatz 2.1.6) und dem SOC ähnlich, und werden durch körperliche Merkmale, wie z.B. eine gute Kondition, ergänzt. Als soziale Schutzfaktoren gelten z.B. qualitative soziale Beziehungen und gesellschaftliche Integration. Die Förderung protektiver Faktoren ist ein zentrales Selbstverständnis der Gesundheitsförderung. Ob sich gesundheitliche Auffälligkeiten ausprägen, hängt nicht nur von der Summe oder Qualität der Risiko- und Schutzfaktoren ab. Ausschlaggebend ist die Bilanz von Belastungen und Ressourcen bzw. der Einfluss des Menschen auf diese Bilanz.

Das Konzept der Resilienz knüpft sich an das Schutzfaktorenmodell an. Resilienz meint Widerstandsfähigkeit gegenüber Entwicklungsrisiken bzw. die Kompetenz, trotz schwieriger Umstände, erfolgreich mit belastenden Lebenssituationen umzugehen (Wustmann, 2004).

Dabei gilt Resilienz im kindlichen Bereich als ein zeitlich variables, interaktives, kontextabhängiges und prozessorientiertes Konstrukt – kein Persönlichkeitsmerkmal (Rutter, 2000). Zur Förderung der Resilienz in der Kindheit empfiehlt Joseph (1994) u.a. das Kind bedingungslos wertzuschätzen; es zu ermutigen, Verantwortung zu übernehmen; ihm zu helfen, adäquate Bewältigungsstrategien, soziale Kompetenzen und Interessen zu entwickeln; es anzuregen, soziale Beziehungen aufzubauen sowie positiv, kritisch und kreativ zu denken.

3.1.3 Sozial-kognitive Lerntheorie

Die sozial-kognitive Lerntheorie befasst sich im Wesentlichen damit, wie Menschen lernen und wie sie sich verhalten lernen (Bandura, 1979, 1998). Sie gilt als theoretischer „Goldstandard“ bei der Entwicklung von Gesundheitsprogrammen, da sie auf Verhaltensdeterminanten und Methoden zur Verhaltensänderung gleichermaßen eingeht (Seibt, 2003). Wesentliches Prinzip der Theorie ist der reziproke Determinismus. Die Person, ihr Verhalten und die (soziale) Umwelt beeinflussen sich ständig gegenseitig und bilden eine Triade. Als vermittelnder Faktor zwischen der Umwelt und dem Verhalten fungiert die kognitive Erwartungshaltung. Die Aussicht auf Belohnung wirkt hier stark motivierend.

Menschen lernen nicht nur durch direkte, sondern auch durch indirekte Erfahrungen. Sie haben die Fähigkeit des beobachtenden Lernens. Beim Beobachtungslernen erfahren Menschen, dass sie selbst mit einem bestimmten Ergebnis rechnen können (Ergebniserwartung), dass das Verhalten Einfluss auf das Ergebnis hat (Konsequenzerwartung) und wie das Verhalten umgesetzt werden kann. Diese Aspekte erhöhen die Selbstwirksamkeitserwartung, auch Selbstkompetenz genannt, bzw. die subjektive Überzeugung, mit den eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten ein bestimmtes Verhalten präsentieren zu können (Seibt, 2003).

Bei der Gestaltung von Gesundheitsprogrammen muss es demzufolge darum gehen, Interventionen auf verschiedenen Ebenen anzusetzen (Umwelt, Person, Verhalten), Lernen an positiven Modellen zu ermöglichen, positive Erwartungen mit gesundheitsfördernden Verhalten zu vermitteln sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten zu trainieren, die das gewünschte Verhalten umsetzbar machen.

3.1.4 Theorie des geplanten Verhaltens

Diese allgemeingültige psychologische Theorie versucht menschliches Verhalten zu begründen, indem es Überzeugungen, Einstellungen, Absichten, wahrgenommene Verhaltenskontrolle und das Verhalten des Menschen in Relation setzt (Ajzen, 1991). Die wahrgenommene Verhaltenskontrolle entspricht dem Konstrukt der Selbstwirksamkeit der Sozial-kognitiven Lerntheorie. Unter Abwägung verschiedener Aspekte entwickelt der Mensch eine Verhaltensabsicht, die sein Handeln bestimmt oder auslöst (Seibt, 2003). Die Intention gilt als Schlüssel in diesem Modell. Sie wird durch subjektive Einstellungen und soziale Normen determiniert. Die subjektive Einstellung meint vor allem die Ergebniserwartung. Sie wird durch die Stimmigkeit der sozialen Norm mit dem Zielverhalten beeinflusst. Ist dem Individuum die soziale Norm sehr wichtig, ist der Einfluss dieser auf die Verhaltensabsicht groß. Die Intention schließt alle Aspekte ein, die den Menschen zu einem bestimmten Verhalten motivieren (vgl. Maslow, 1981; Rheinberg, 2002).

Um Verhalten zu beeinflussen, ist es demzufolge wichtig, an der persönlichen Überzeugung und dem Gesundheitsbewusstsein anzusetzen. Somit sollten Interventionen darauf abzielen gesundheitsfördernde soziale Normen auszubilden, positive Gesundheitseinstellungen zu entwickeln, Motivationen zu schaffen und die Selbstwirksamkeit fördern.

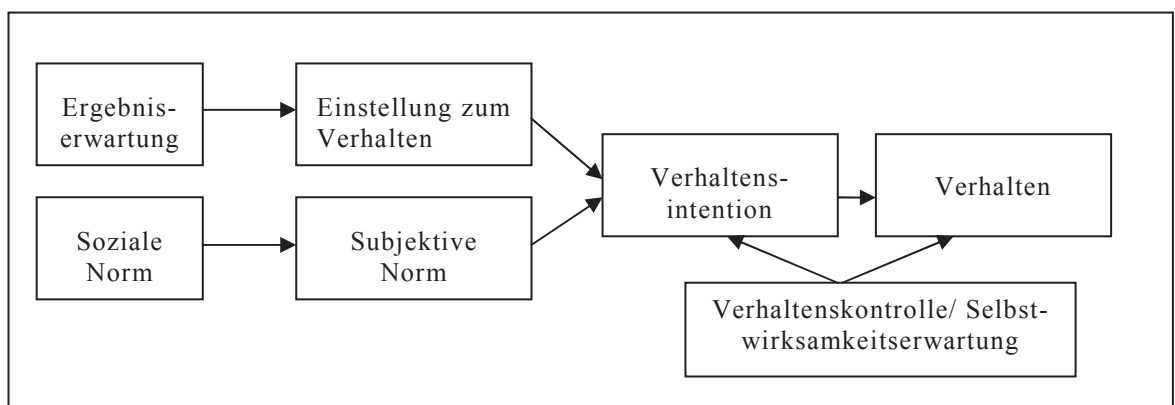


Abb. 2: Theorie des geplanten Verhaltens

Quelle: in Anlehnung an Seibt, 2003, S. 231

3.1.5 Skills-based health education

„Skills-based health education is an approach to creating or maintaining healthy lifestyles and conditions through the development of knowledge, attitudes, and especially skills using a variety of learning experiences, with an emphasis on participatory methods.“

(WHO, 2001, S.7)

Die Grundpfeiler des skills-based health education-Ansatzes sind u.a. die Theorie des geplanten Verhaltens, die sozial-kognitive Lerntheorie und das Schutzfaktorenmodell. Der Ansatz gilt als Richtlinie, wie Gesundheitsprogramme geplant und gestaltet werden sollen, um Lebens- und Gesundheitskompetenzen als Voraussetzung für Gesundheit auszubilden.

Auf Basis der theoretischen Modelle und dem skills-based health education-Ansatzes ergeben sich Implikationen für die Gestaltung eines Gesundheitsprogrammes, die in Tabelle 2 im Überblick beispielhaft erfasst werden.

Tab. 2: Ausgewählte Theorien mit beispielhaften Implikationen zur Programmgestaltung

Modell	Implikationen für das Programm
Salutogenese-Modell	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lern- und Entwicklungssituationen schaffen, die für Kinder bedeutsam sind (z.B. neue Handlungsoptionen gewinnen) ➤ Erfolge schaffen (z.B. Aufgaben differenzieren) ➤ Herausforderungen analysieren und verstehbar machen ➤ Verschiedene Optionen für gesundheitsförderliches Verhalten anbieten (z.B. verschiedene Entspannungsmöglichkeiten vorstellen)
Risiko- und Schutzfaktoren-Modell	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kinder bedingungslos wertschätzen ➤ Schutzfaktoren auf psychischer, kognitiver, körperlicher Ebene stärken ➤ Soziale Schutzfaktoren stärken (z.B. positives Klassenklima) ➤ Risikofaktoren mildern (z.B. fehlende soziale Unterstützung) ➤ Kindern Verantwortung übertragen
Sozial-kognitive Lerntheorie	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Änderungen von Einstellung ermöglichen (z.B. durch sachliche Informationen) ➤ Lernen am Modell ermöglichen (Rollenspiele) ➤ Übungsmöglichkeiten im geschützten Raum schaffen (z.B. Rollenspiele) ➤ Verhaltensbezogenen Fähigkeiten und Fertigkeiten als Verhaltensvoraussetzung trainieren (z.B. gesunde Gerichte zubereiten lernen)

Theorie des geplanten Verhaltens	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Persönliche Motivation zu gesundheitsgerechten Verhalten fördern (z.B. intrinsische und extrinsische Motivatoren) ➤ Persönlichen Einfluss ermöglichen (z.B. vom Kind zu gestaltende Lernsituationen ermöglichen) ➤ Positive Ergebnisse für bestimmte Verhaltensweisen in Aussicht stellen und erproben lassen (z.B. positives Körpergefühl nach Entspannung) ➤ Positive soziale Normen prägen (z.B. gemeinsam Regeln aufstellen)
Skills-based health education	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lebenskompetenzen fördern (z.B. kritisches Denken, Selbstbewusstsein, Kommunikationsfähigkeit) ➤ Partizipative Methoden nutzen (z.B. Diskussion) ➤ Interventionen auf den Ebenen Einstellung, Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten ansetzen (z.B. Vorbilder zeigen, Wissen aufbauen, positives Verhalten einüben)

Quelle: Eigene Darstellung

3.2 Programmziele

Grundlage für die Zieldefinition bilden die von der WHO (1997, 2001) definierten „skills for health“, die nationalen und thüringenweiten Gesundheitsziele (BMG, 2010; TMSFG, 2010) sowie ausgewählte Bildungsziele der Grundschul-lehrpläne für Heimat- und Sachkunde und Ethik (TMBWK, 2010). Die Stärkung der Gesundheits- und Lebenskompetenzen ist das Hauptziel des Gesundheitsprogramms. Wie in Tabelle 3 erfasst, werden für die Klassenstufen 1/2 bzw. 3/4 Teilziele konkretisiert. Die Ziele erfassen Kompetenzen, Erfahrungen, Kenntnisse, Empfindungen oder Verhaltensweisen und bilden somit verschiedene Ebenen von Zielen ab. Sie beeinflussen bzw. bedingen sich teilweise. Über die Zeitspanne des Programms wird eine salutogene Stärkung der Kinder im Sinne des Gesundheitsmodells nach Antonovsky beabsichtigt, in dem die Kinder Selbstwirksamkeit erfahren, gesundheitliche Herausforderungen verstehen lernen und motiviert und befähigt sind, sich für ihre Gesundheit einzusetzen.

Tab. 3: Übersicht der Programmziele

Hauptziel: Die Gesundheits- und Lebenskompetenzen der Schüler sind gestärkt.
Teilziele für die Klasse 1 und 2: Die Kinder <ul style="list-style-type: none">- verfügen über ein positives Gesundheitsbewusstsein.- reflektieren, was ihrem Körper und ihrer Seele gut tut.- haben die positiven Wirkungen von Bewegung auf Körper und Seele erfahren.- können eine Entspannungsübung anwenden.- kennen Bewegungsmöglichkeiten im Alltag.- kennen die wesentlichen Körpersysteme und ihre Funktionen.- sind in der Lage, ihren Körper zu pflegen.- sind sicherer im Umgang mit ihren Gefühlen.- gehen positiv mit Geschlechterunterschieden um.- zeigen Toleranz und Hilfsbereitschaft gegenüber Kindern mit gesundheitlichen Einschränkungen.
Teilziele Klasse 3 und 4: Die Kinder <ul style="list-style-type: none">- tragen zu einem gesundheitsfördernden Klassenklima bei.- sind in der Lage, ihre Empfindungen und Anliegen positiv zu kommunizieren.- wissen, um die Grundlagen einer gesunden Ernährung.- haben sich mit dem Lebensmittelangebot auseinandergesetzt.- verzehren gern gesunde Lebensmittel.- wissen, wie sie Freundschaften aufbauen und pflegen können.- wissen um die Veränderungen ihres Körpers in der Pubertät.- sind gestärkt, sich vor Übergriffen zu schützen.- kennen die Funktionen ihrer Sinne und wie sie sie schützen können.- wissen um die negativen Wirkungen von Alkohol und Nikotin.- sind gestärkt, das Angebot von Nikotin und Alkohol abzulehnen.- gehen kritisch mit Werbebotschaften um.
Implizite Ziele (in Anlehnung an Antonovski) Die Kinder sind in ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt. Die Kinder haben gesundheitliche Herausforderungen verstehen gelernt. Die Kinder sind motiviert, sich für ihr Wohlergehen einzusetzen.

Quelle: Eigene Darstellung

3.3 Aufbau und Struktur

Das Unterrichtsprogramm wird langfristig und somit nachhaltig angelegt, es begleitet die Schüler über ihre gesamte Grundschulzeit und hält mindestens 15 Einheiten pro Schuljahr vor (WHO, 2001). Wie in Abbildung 2 zu sehen, sind für jede Klassenstufe 15 bis 19 Unterrichtseinheiten geplant (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001). Die Unterrichtseinheiten umfassen einen Zeitraum von 60 Minuten und sind mehrfach als Unterrichtsblöcke mit 120 oder 180 Minuten zusammengefasst. Die Einheiten sollen regelmäßig über das Schuljahr mit den Schülern bearbeitet werden, ein intensiveres Training über einen kürzeren Zeitraum ist möglich. Das Programm beginnt jedes Schuljahr mit einer Begrüßungsstunde, die in die Thematik einführt, und endet mit einer Abschlussstunde, in der die Sicherung, Zusammenfassung und Anerkennung im Mittelpunkt stehen. Die Lektionen der Klassenstufen 1/2 bzw. 3/4 können bei Bedarf miteinander kombiniert oder klassenübergreifend bearbeitet werden.

Zur Identifikation mit dem Gesundheitsprogramm wird eine Leitfigur verwendet, die in Gesprächen mit der Zielgruppe entwickelt wurde. Leitfigur ist der Affe mit dem Namen „Aktivi“. Kinder verbinden mit dem Affen ein Wesen, das sozial ist und ein gesundes Leben führt (gesundes Essen, viel Bewegung, Entspannung, soziale Beziehungen). Die Leitfigur ist gleichzeitig ein „Vorbild“ für die Schüler und hilft, sich mit dem Programm bzw. seinen Werten und Inhalten zu identifizieren. Der Affe findet sich zum Teil auf den Arbeitsmaterialien wieder (vorwiegend für die Klassen 1 und 2) und steht als Handpuppe zur Verfügung. Desweiteren wird der Unterricht durch wiederkehrende Elemente eingeleitet bzw. beendet. Ein Begrüßungsritual, ein gemeinsames thematisches Lied und ein Abschiedsritual geben den Schüler Orientierung und fördern das psychosoziale Wohlbefinden im Klassenverband (TMBWK, 2010). Jede Stunde beinhaltet Phasen der Wiederholung und des Einstieges, eine Phase der Erarbeitung, eine Ergebnissicherungs- und eine Ausklangphase. Am Ende jedes Schuljahres werden Lernerfolge im Gesundheitsquiz sichtbar gemacht. Positive Verstärkung und Anerkennung erhalten alle Schüler durch das Überreichen der „Aktivi“-Medaille.

3.4 Inhalte im Überblick

Die Inhalte des Programms werden auf Basis von Grundlagenpapieren der Gesundheitsförderung zusammengestellt (BZgA, 2000; WHO, 1997, 2001). Außerdem fließen Aspekte der Thüringer Lehrpläne für den Heimat- und Sachkundeunterricht und den Ethikunterricht für Grundschulen und des Bildungsplanes für Kinder von null bis zehn Jahren (TKM, 2008; TMBWK, 2010) ein. Wie in Abbildung 3 erkenntlich, ergeben sich 14 Themenfelder, in denen sich die Handlungsfelder der Gesundheitsförderung widerspiegeln (vgl. Punkt 2.3.2).

Gesundheitsprogramm			
Klasse 1	Klasse2	Klasse 3	Klasse 4
Identität (3 Einheiten)	Mein Körper (6 Einheiten)	Gesundes Klassenklima (2 Einheiten)	Freundschaften (3 Einheiten)
Bewegung (5 Einheiten)	Anderssein (4 Einheiten)	Kommunikation (5 Einheiten)	Sexualität (4 Einheiten)
Entspannung (6 Einheiten)	Gefühle (4 Einheiten)	Gesunde Ernährung (7 Einheiten)	Sinne (4 Einheiten)
Sicherung (2 Einheiten)	Sicherung (1 Einheit)	Sicherung (1 Einheit)	Sucht- prävention (2 Einheiten)
			Gesundheit in den Medien (5 Einheiten)
			Sicherung (1 Einheit)
15 Einheiten	15 Einheiten	15 Einheiten	19 Einheiten

Abb. 3: Themen des Programms

Quelle: Eigene Darstellung

Ich-Identität/Selbstkompetenz

Die Wahrnehmung und Akzeptanz des eigenen Ichs fördert den Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes und stärkt das Selbstwertgefühl (WHO, 1997; TMBWK, 2010; TKM, 2008). Die Auseinandersetzung mit der eigenen Person und den persönlichen Kompetenzen, Stärken und Schwächen wird im Programm angeregt und pädagogisch begleitet.

Die Kinder lernen innerhalb des Unterrichtsprogramms sich selbst und ihre Entwicklung zu reflektieren sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede mit ihren Mitschülern wahrzunehmen. Die Erfassung und Bewertung der eigenen Lern- und Entwicklungsschritte stärken die Selbstwirksamkeitserwartung und das Selbstvertrauen der Kinder (Krause et al, 2000; Baumeister, Campbell, Krueger, Vohs, 2003; Wiesmann, Krause, Hannich; 2004).

Bewegung

Das Wahrnehmen und konstruktive Reagieren auf intrinsische Bedürfnisse ist eine grundlegende Lebenskompetenz (WHO, 1997). Die Schüler lernen ihr Bewegungsbedürfnis wahrzunehmen und entsprechend zu agieren. Sie erarbeiten sich die Kennzeichen von Unruhe und emotionaler Anspannungen und erlernen Methoden zum Ausgleich des Bewegungsdefizits. Damit erfahren sie Selbstwirksamkeit im erfolgreichen Umgang mit ihren Bedürfnissen. Vor dem eigenen Erfahrungshintergrund erarbeiten die Kinder die positive Wirkung der Bewegung auf ihren Körper (TMBWK, 2010). Dabei lernen sie selbstentdeckend die positiven Effekte der Bewegung auf körperlicher und seelischer Ebene kennen und entwickeln eine positive Einstellung zu einem aktiven Bewegungsverhalten. Sie werden befähigt, Bewegungspausen selbstständig als Entspannungseinheit und kognitive Regenerationsphase im Lernprozess einzusetzen. Das Entdecken und Nutzen von Bewegungsmöglichkeiten im Sozialraum unterstützt ein positives Bewegungsverhalten der Kinder. Die Schüler reflektieren ihr Bewegungsverhalten in der Schule, ihr Freizeitverhalten und ihre sportlichen Aktivitäten. Sie erarbeiten sich im sozialen Austausch Bewegungsressourcen für ihre Schul- und Freizeit.

Entspannung

Ein altersgemäßer und positiver Umgang mit Stress ist kennzeichnend für ein gesundheitskompetentes Kind. Die Schüler reflektieren die körperlichen und emotionalen Effekte von Entspannung, lernen verschiedene Entspannungstechniken kennen und werden angeregt, diese im Laufe des Programms immer wieder zu nutzen. Die Körperwahrnehmung, das Körperbewusstsein, die emotionale Kompetenz, die psychische Gesundheit und das Gesundheitsbewusstsein werden durch das Themenfeld gefördert.

Mein Körper

Zur Gesunderhaltung ist die Körperpflege und Hygiene essentiell (WHO, 1997). Die Kinder erarbeiten sich die Themen Körperpflege und Gesundheitsschutz entdeckend und werden motiviert, ihren Körper zu reinigen und zu pflegen.

Ergänzend lernen sie in der Körperwerkstatt die Teile und Funktionen ihres Körpers experimentell kennen. Sie setzen sich mit Atmung, Verdauung, Knochen- und Skelettsystem und auch dem Herz-Kreislauf-System handlungsorientiert auseinander und entwickeln Körper- und Gesundheitsbewusstsein. Im Kontext der gesunden Ernährung spielt auch das Thema Zahngesundheit eine Rolle. Die Schüler erarbeiten sich den Zusammenhang zwischen Ernährung, Zahnpflege und Zahngesundheit und üben ein positives Zahnpflegeverhalten ein (TMBWK, 2010).

Anderssein

Sowohl die Stärkung des Selbstbewusstseins von Kindern mit gesundheitlichen Einschränkungen als auch die Entwicklung von Empathie, Verständnis, Toleranz und Handlungskompetenz im Umgang mit chronisch kranken oder behinderten Menschen sind Hintergründe dieses Themenfeldes. Dazu erleben die Schüler praktisch Seh-, Hör- oder Geheinschränkungen und formulieren ausgehend von ihren Erfahrungen eine positive Haltung und Regeln zu einem angemessenen Umgang mit betroffenen Menschen. Weiterhin lernen die Schüler mit Verhaltensunterschieden von Jungen und Mädchen wertschätzend umzugehen und entwickeln ein positives Geschlechterbild. Dass auch die Grenzen von angenehmen Berührungen individuell verschieden sind, lernen die Kinder zu erfassen. Sie werden motiviert und befähigt, bei Anzeichen körperlicher Übergriffe angemessen und präventiv zu agieren.

Gefühle

Zur Entwicklung der Selbstkompetenz ist die Schulung der Wahrnehmungsfähigkeit ein zentraler Bildungsbestandteil (OECD, 2001a; WHO, 2001). Die Schüler gehen den Fragen nach, wie sie selbst und andere Menschen fühlen, wie Gefühle erkennbar sind und welche Ursachen es gibt (Gross & John, 2002; Mayer, Salovey & Caruso, 2004). Mit kindgemäßen Methoden befähigen sie sich, ihre Gefühle zu kommunizieren und auf diese angemessen einzugehen. Somit entwickeln sie emotionale und soziale Kompetenz, Frustrationstoleranz und Empathiefähigkeit.

Gesundes Klassenklima

Die Schüler lernen Merkmale und Bedeutung eines positiven Klassenklimas kennen, formulieren persönliche Wünsche und verpflichten sich davon ausgehend, selbst Verantwortung für ein wertschätzendes Miteinander zu übernehmen. Sei erfahren mithilfe verschiedener Methoden, wie das Klassenklima positiv beeinflusst werden kann und erleben diese.

Kommunikation

Die verbalen und nonverbalen Kommunikationsfähigkeiten der Schüler werden themenübergreifend in verschiedenen sozialen Kontexten aufgebaut. Explizit erarbeiten sich die Schüler das Thema Kommunikation, indem sie nonverbale und verbale Kommunikationsstrategien und Gesprächsführungstechniken kennenlernen, testen und trainieren. Die Auseinandersetzung mit, die positive Bewältigung oder Vermeidung von kritischen Konflikten sind Teilkompetenzen der Konfliktfähigkeit (Cierpka, 2003). Die Schüler stärken ihre Konfliktfähigkeit, in dem sie Ursachen und Folgen von Konflikten reflektieren und Strategien zur Konfliktlösung erarbeiten.

Gesunde Ernährung

Ein Basiswissen zur gesunden Ernährung ist Bestandteil der Ernährungskompetenz (BZgA, 2000). Die Kinder erarbeiten sich die Grundlagen einer ausgewogenen Ernährung. Mit Hilfe der Ernährungspyramide werden die Schüler befähigt Lebensmittelgruppen und deren Gesundheitswert zu benennen und zu reflektieren (DGE, 2009). Damit werden kritische und kreative Denkprozesse angeregt. Die Kinder reflektieren ihr Ernährungs- und Trinkverhalten und prüfen es auf die selbst erarbeiteten Empfehlungen. Das Unterrichtsprogramm integriert Lernsituationen, in denen die Kinder selbstständig gesunde Gerichte zubereiten und eine gesunde Esskultur als positive Gemeinschaftsaktion erleben (Fankhänel, 2007). Die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortung in diesem Prozess stärkt die gesundheitsbezogene Selbstkompetenz (Jerusalem & Mittag, 1999).

Freundschaften

Mit Hilfe dieser Thematik erarbeiten sich die Schüler die Kennzeichen positiver zwischenmenschlicher Beziehungen (TMBWK, 2010). Der Aufbau und die Pflege gesundheitsförderlicher Beziehungen sind Lernbestandteile, mit denen

die Schüler Beziehungsfähigkeit entwickeln können und ihre sozialen Gesundheitsressourcen stärken.

Sexualität

Die Entwicklung vom Kind zum Jugendlichen wird in der Liebe-Körper-Werkstatt aufgegriffen. Körperliche und seelische Veränderungen, Sexualität und Schwangerschaft werden sensibel in Freiarbeit bearbeitet. Davon ausgehend werden die Kinder angeregt zu reflektieren, wo ihre persönlichen Grenzen liegen. Sie werden befähigt und bestärkt, sich vor körperlichen Übergriffen - ob durch Fremde oder Familienangehörige - zu schützen (Mangrulkar et al, 2001).

Sinne

Die Kinder machen sich mit ihren Sinnen vertraut. Experimentell lernen sie deren Funktionen und Bedeutung kennen und erarbeiten sich Möglichkeiten, ihre Sinne und ihre Gesundheit zu schützen, wie z.B. durch Sonnenschutzmaßnahmen.

Suchtprävention

Alkohol- und Tabakkonsum, aber auch übermäßiger TV- und Süßwarenkonsum, sind ungesunde, risikoreiche und teils kompensierende Verhaltensweisen. Die Schüler machen sich mit den Wirkungen der genannten Verhaltensweisen vertraut, suchen nach Ursachen und gesundheitsfördernden Alternativen und trainieren in der Modellsituation, risikoreiche Aktionen abzuwenden.

Gesundheit in den Medien

Die Schüler prüfen die Werbung als Informationsquelle für Gesundheitsempfehlungen (TMBWK, 2010). Sie erforschen die Ziele, Strategien und Mittel der Werbung und werden angeregt, kritisch zu denken. Sie entwickeln kooperativ eine Werbeszene für bzw. gegen Alkohol und Nikotin. Dabei werden die Medienkompetenz, kritisches und kreatives Denken sowie die Sozialkompetenz der Kinder maximiert.

3.5 Methodik

3.5.1 Unterrichtsmethodik

Zur Beschreibung des Unterrichtskonzeptes werden die Unterrichtsprinzipien und die Methodenauswahl beschrieben.

Prinzipien der Unterrichtsgestaltung

Unterrichtsprinzipien sind allgemeine Grundsätze der Unterrichtsgestaltung. Sie bilden die Basis für die Methodenauswahl. Wie in Abbildung 4 verdeutlicht, werden vier didaktische Prinzipien im Programm umgesetzt.

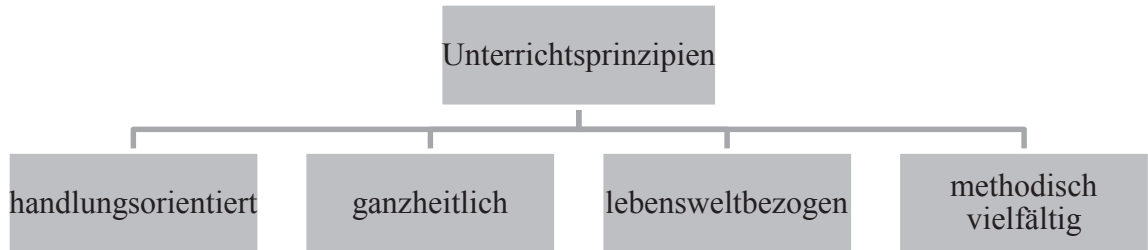


Abb. 4: Unterrichtsprinzipien im Gesundheitsprogramm

Quelle: Eigene Darstellung

Der Unterricht basiert auf einer handlungsorientierten und ganzheitlichen Lernarchitektur, in der die Schüler eine aktive Rolle einnehmen (Abeli, 2003). Der handlungsorientierte Unterricht betont die Prozessorientierung und die Lernautonomie der Kinder. Im Unterrichtsgeschehen besteht ein ausgewogenes Verhältnis zwischen kognitiven, affektiv-emotionalen und psychomotorischen Lernelementen. Liebertz (2003) sieht die Bausteine des ganzheitlichen Lernens in der Bewegung, der Wahrnehmung, der Konzentration, der Entspannung, dem Rhythmus und den Ritualen. Diese sechs Bausteine finden sich in allen Unterrichtseinheiten des Gesundheitsprogramms wieder. Außerdem wird die von Vester (2009) geforderte Kombination diverser Lernkanäle (auditiv, visuell, haptisch, verbal-abstrakt) den unterschiedlichen Lerntypen der Schüler gerecht. Das Gesundheitsprogramm ist multimethodisch aufgebaut, da eine breitgefächerte Methodenmatrix den unterschiedlichen Bildungsansprüchen der Schüler besser gerecht werden kann (TMBWK, 2010). Nach Spitzer (2009) sind Freude, Spannung und Neugier Emotionen, die den Lernprozess und den Lernerfolg positiv beeinflussen. Im Unterricht werden somit Methoden, wie z.B. Spiele genutzt, die diese Gefühle hervorrufen und intrinsische Lernmotivation schaffen.

Ergänzend ist eine Atmosphäre der emotionaler Wärme und Unterstützung Voraussetzung für erfolgreiches Lernen und für das Ausbilden von Kompetenzen unentbehrlich. Grundlegend orientiert sich der Unterricht an der Lebenswelt der Kinder (WHO, 1997; Kaiser & Röhner, 2009). Ihre Bedürfnisse, Fragen und Interessen fließen in die Themenauswahl und in die Gestaltung des Lernprozesses ein.

3.5.2 Methodenauswahl

Es ist bekannt, dass aktive und kooperative Lernmethoden, in denen Observation, Imitation und soziale Interaktion im Vordergrund stehen, die effektivsten Praktiken sind, um gesundheitsbezogenes Wissen, Haltungen und Kompetenzen integrativ zu erwerben (Wilson, Mparadzi, Lavelle, 1992; Tobler, Roona, Ochshorn, Marshall, Streke, Stackpole, 1998). Die WHO (1997) fordert im Kontext der Gesundheitsbildung eine Auswahl an kompetenzbasierten Methoden, wie z.B. das Rollenspiel oder die Gruppenarbeiten. Vor dem Hintergrund wurden aktive, partizipative und handlungsorientierte Arbeitsweisen ausgewählt, die die Kinder zum selbstentdeckenden und aktiven Lernen anregen (Eiklen, 2006; TKM, 2008, TMBWK, 2010; Piaget, 1978; WHO, 1997).

In Abbildung 5 sind die Methoden aufgelistet, die sich im Programm wiederfinden. Dazu gehören u.a. das Werkstattlernen, Projektarbeit oder das Lernen an Stationen. Innerhalb dieser offenen Lernformen wird der Lernprozess angeregt, der mit einem Kompetenzzuwachs und Selbstwirksamkeitserfahrungen verknüpft ist (Jerusalem & Mittag, 1999). Darüber hinaus kann in diesen offenen Lernformen eine Differenzierung stattfinden, die den individuellen Lerntempi, den Interessen und den unterschiedlichen Entwicklungsständen der Schüler entgegenkommt.

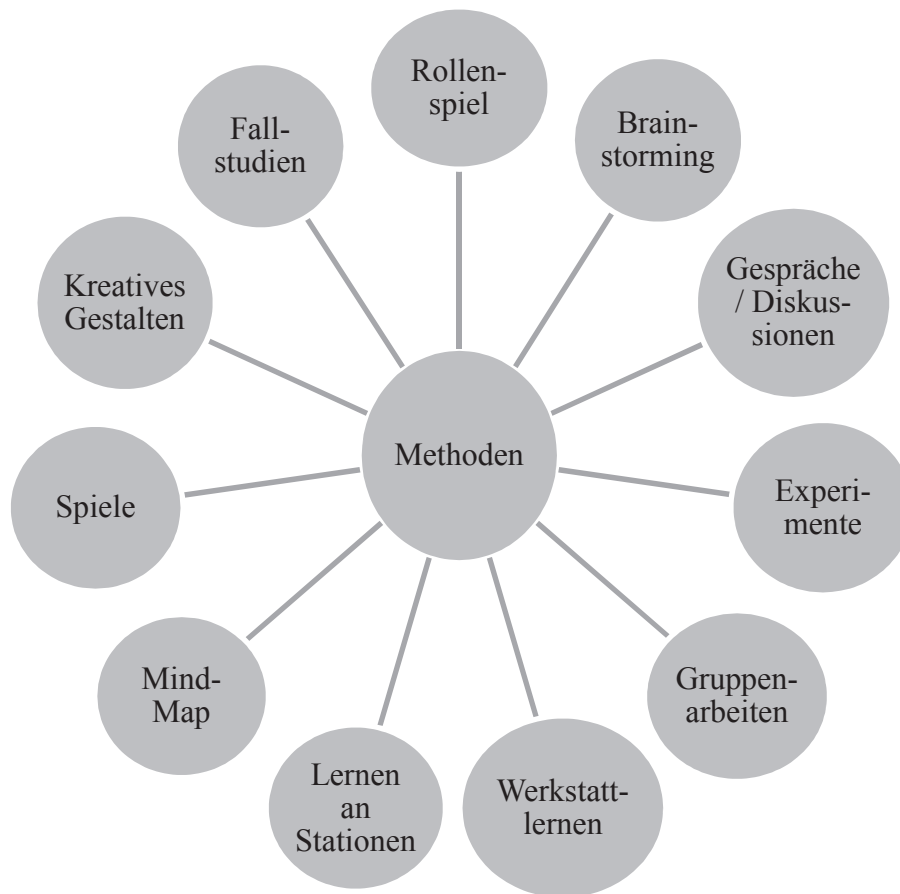


Abb. 5: Methodenmatrix

Quelle: Eigene Darstellung

Das Rollenspiel (WHO, 1997) ist eine informelle, dramaturgische Darstellung eines Sachverhaltes. Die Schüler spielen Situationen mit sozialem oder gesundheitsrelevantem Bezug nach oder entwickeln im Szenenspiel Handlungsstrategien.

Mit Hilfe des Rollenspiels erleben die Schüler ihr Verhalten in einer vermeintlich realen Situation. Sie nehmen ihre Emotionen, Kognitionen und Handlungen wahr, reflektieren und evaluieren diese (Schaub & Zenke, 2002).

Desweiteren fördern Rollenspiele das Einfühlungsvermögen und die Kommunikationskompetenz.

Spiele sind gut geeignet, fachliche Erkenntnisse zu verinnerlichen und die Sozial- und Selbstkompetenz zu stärken (WHO, 1997). Schüler wenden in Spielen ihr Repertoire an Fähigkeiten in einem sicheren Setting an, erfahren Selbstwirksamkeit und lernen Regeln und Normen zu akzeptieren. Bewegungs-, Rätsel- und Wahrnehmungsspiele sind geeignete Formen für die Grundschule. Brainstorming ist eine Form der kreativen Ideensammlung (WHO, 1997).

Mit der Methode werden fixe Denkmuster gelöst und eine Varianz von Ideen und Gedanken generiert, die zunächst nicht evaluiert werden. Erst im zweiten Schritt kategorisieren, bewerten oder annullieren die Schüler die Vorschläge, die als Grundlage für eine Diskussion verwendet werden können. In diesem Prozess werden besonders geistige Flexibilität und Kreativität gefördert.

In Gesprächen oder Diskussion tauschen sich die Schüler in einer Gruppe zu einem Thema aus (WHO, 1997). Ziel dieser Methode ist es, eine bestimmte Problematik besser zu verstehen, andere Meinungen und Empfindungen kennenzulernen und gemeinsam Lösungen für ein Problem zu finden. Im Diskussionsprozess werden aktives Zuhören, Empathie, Kommunikations- und Durchsetzungsfähigkeit gestärkt.

In Fallstudien werden reale Situationen oder Handlungsketten beschrieben (WHO, 1997). Die Schüler reflektieren das Geschehen, indem sie die Situation genau und vielseitig beschreiben. Mit Hilfe dieser Methode erlernen sie, Probleme zu analysieren, Lösungen zu erarbeiten, Entscheidungen zu treffen und diese auf ihre Konsequenzen für die eigene Person oder soziale Umwelt zu prüfen.

In der Gruppenarbeit entwickeln sich nach Hedtke-Becker und Peter (2009) weitere Lebenskompetenzen. Die Klasse bildet Gruppen mit max. 6 Teilnehmern. Die Gruppen erhalten den Auftrag, eine Aufgabe kooperativ zu lösen oder eine Fragestellung zu diskutieren. Während dieses Arbeitsprozesses treten die Schüler in engen Kontakt, sie lernen die Gedanken, Einstellungen und Werte von Kindern ihrer Altersgruppe kennen und entwickeln eine tolerante und respektvolle Haltung. Die Kinder trainieren ihre Kooperationskompetenzen, indem sie ihre eigenen Stärken kommunizieren und sich in die Gruppe integrieren müssen.

Die Gedankenlandkarte (Mind-Map) ist eine schriftlich-strukturierte Darstellung von Gedanken oder Ergebnissen, die in Einzel- oder Gruppenarbeit erfolgen kann (WHO, 1997). Die Schüler denken von Allgemeinem zum Speziellen und stellen ihre Gedanken durch miteinander verbundene und sich weiterverzweigende Worte und Bilder dar.

Kreatives Gestalten ist ein Ausgleich zu kognitive Lernmethoden (TMBWK, 2010). Die Schüler stellen ihre Gefühle oder Gedanken künstlerisch, schriftlich oder mit verschiedenen Materialien dar.

Sie setzen sich mit ihren eigenen Emotionen auseinander und stärken implizit ihre Reflexionsfähigkeit und Selbstkompetenz.

Bei Experimenten setzen sich die Kinder mit Fragestellungen ihrer Lebenswirklichkeit auseinander (Meyer, 2002; Schneider, 2013). Sie entdecken, zum Beispiel bei Experimenten mit ihrem Atem, über das Probieren, Staunen und Testen die Funktionen ihres Atmungssystems.

Im Werkstattunterricht erarbeiten sich die Schüler anhand geeigneter Aufgabenstellungen und handlungsorientiertem Material bestimmte Themenbereiche eigenverantwortlich (Weber & Anders, 1998). Sie erfüllen verschiedene Aufträge in Einzel- oder Gruppenarbeit und kontrollieren ihre Ergebnisse selbstständig. Sie bestimmen und reflektieren ihre Entwicklungsschritte und erfahren in diesem selbstbestimmten Lernprozess individuelle Selbstwirksamkeit (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

Ähnlich konzipiert ist das Lernen an Stationen. Es ermöglicht den Schülern einen Lernprozess, in dem sie die Aufgaben (Wahl- und Pflichtaufgaben), Reihenfolge und Sozialform selbstständig auswählen. Wesentliche Aspekte des Lernens an Stationen ist die individuelle Zeit- und Aufgabenplanung, die Planung und Reflexion von Lernschritten und das Durchführen von Selbstkontrollen (Mattes, 2004). Die Kinder lernen ihre eigenen Bedürfnisse im Lernprozess wahrzunehmen und darauf zu reagieren (z.B. durch individuelle Bewegungspausen). Das Erarbeiten fachlicher Inhalte, Selbstorganisation, soziales Lernen und die Entwicklung von Handlungskompetenzen und Selbstwirksamkeit sind Ziele aller offenen Lernformen.

3.6 Gesundheitsprogramme für die Klassenstufen

Das Programm besteht aus vier Teilprogrammen, die nachfolgend einzeln vorgestellt werden.

3.6.1 Gesundheitsprogramm für die Klassenstufe 1

In der Klassenstufe 1 sind 15 Unterrichtseinheiten vorgesehen. Der Übergang von der Kindertagesstätte zur Schule ist für das Kind mit psychosozialen und gesundheitlichen Herausforderungen verbunden (Kluczniok & Roßbach, 2008; Hurrelmann, 1994). Vor diesem Hintergrund werden in der Klassenstufe 1 die Themen Identität, Entspannung und Bewegungsförderung aufgegriffen. Es wer-

den Unterrichtssituationen geschaffen, in denen die Schüler sowohl Möglichkeiten zum Stressabbau durch Bewegung und Entspannung als auch zur Reflexion haben.

Wie in Tabelle 4 ersichtlich, stimmen sich die Kinder in der 1. Unterrichtseinheit „Hallo Aktivi“ auf das Programm ein und lernen die Leitfigur „Aktivi“ kennen. Die Kinder erfassen ihre Persönlichkeitsmerkmale und reflektieren diese im interpersonalen Austausch. Dabei lernen sie, körperliche Unterschiede und Vorlieben der Personen ihrer Klassengemeinschaft wahrzunehmen, zu reflektieren und zu tolerieren. Die Förderung der Selbstwahrnehmung, die Stärkung des Selbstbewusstseins und die Entwicklung eines respektvollen und toleranten Umgangs werden mit dieser Unterrichtseinheit angestrebt.

Die 2. Lektion „Das tut mir gut“ hat das Ziel, die Kinder für das Thema Wohlbefinden zu sensibilisieren und ihr Wissen zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen aufzubauen. Die Schüler erarbeiten sich mit Hilfe einer Bewegungsgeschichte die Elemente einer gesunden Lebensweise (z.B. Schlaf, Bewegung, Entspannung, gesunde Ernährung, Pflege von Freundschaften, ...) und reflektieren diese in Bezug auf ihre eigenen Bedürfnisse. Sie tauschen sich in Gruppenarbeit zu ihren Ergebnissen aus. In dieser Einheit werden hauptsächlich die Kompetenzbereiche Selbstwahrnehmung und Reflexionsfähigkeit bearbeitet.

Tab. 4: Überblick Gesundheitsprogramm Klasse 1

Programminhalte Klasse 1			
Themenfeld	Einheit	Titel	Themen
Ich-Identität	1	Hallo Aktivi	Einstimmung in das Unterrichtsprogramm, Hinführung zu den Themen Wohlbefinden und Gesundheit, Ich- Identifikation
	2	Das tut mir gut	Reflexion des persönlichen Wohlbefindens und seinen Voraussetzungen
Bewegung	3	Bewegung macht Spaß	Wirkung von Bewegung auf Körper, Seele und Geist; Entwicklung von Bewegungspausen
	4	Bewegung tut dir gut – los geht's	Bewegung bewusst erleben Andere für Bewegung begeistern
	5/6	Unsere Haus - ein Bewegungsparadies	Bewegungsräume im Schulgebäude entdecken und gestalten
	7	Meine Heimat – ein Bewegungsparadies	Erfassung von Bewegungsmöglichkeiten im sozialen Umfeld Zusammenfassung des Komplexes „Bewegung“
Entspannung	8	Entspannung – Was ist das?	Einführung in die Entspannung Kennenlernen einer Entspannungsübung
	9/10	Entspannung – Was passiert in mir?	Kennenlernen der Wirkung von Entspannung auf Körper und Seele
	11/12	Zauberformeln zur Entspannung	Entspannungsmethoden kennen und anwenden lernen
	13	Wir tun uns Gutes	Entspannungsmethoden in Partnerarbeit kennen und anwenden lernen
Sicherung	14	Unsere „Wohlfühlsonne“	Zusammenfassung und Wissenssicherung der Lernergebnisse in den Themenkomplexen „Bewegung und Entspannung“
	15	Gesundheitsquiz	

Quelle: Eigene Darstellung

Die Unterrichtseinheiten 3 bis 7 konzentrieren sich auf die Entwicklung der Bewegungskompetenz. Ziel ist es, die positiven Wirkungen von Bewegung bewusst zu erleben und zu reflektieren, sich und andere zu Bewegung zu motivieren und Bewegungsanlässe in der Schule und im sozialen Umfeld zu finden und zu gestalten. In Unterrichtseinheit 3 erleben die Kinder in Experimenten die positiven Effekte einer aktiven Bewegung und nehmen ihr Bewegungsbedürfnis bewusst wahr. Sie entwickeln auf Grundlage ihrer Kenntnisse und Vorlieben selbstständig Bewegungspausen, die sie der Klassengemeinschaft präsentieren und in das zukünftige Unterrichtsgeschehen integrieren. Dabei stärken die Kinder ihre Bewegungskompetenz, entwickeln ein positives Körperbild und haben Einfluss auf eine bewegungsfördernde Unterrichtsgestaltung.

Aufbauend auf der Wahrnehmung und Reflexion der Bewegung erwerben die Kinder in der 4. Unterrichtseinheit in einer Gruppendiskussion und einem Rollenspiel Überzeugungsstrategien für ein aktives Bewegungsverhalten. Sie eruieren Argumente für aktive Bewegung im Setting Schule und Freizeit. In diesem Prozess stehen die Entwicklung der Kommunikationskompetenz und der Erwerb von Handlungsstrategien zum Umgang mit dem individuellen Bewegungsbedürfnis im Mittelpunkt.

Die Unterrichtseinheiten 5 und 6 sind zum Thema „Unser Haus - ein Bewegungsparadies“ konzipiert. Die Schüler erfassen mit Hilfe eines Mind-Maps erste Bewegungsideen. In Gruppenarbeit suchen sie Bewegungsanlässe im Schulgebäude und markieren diese mit individuellen Bewegungskarten. In diesem Prozess werden kreative Denkprozesse angeregt und die Kooperationsfähigkeit gefördert. Auf Basis dieses Lernarrangements übernehmen die Schüler Verantwortung für die Gestaltung ihres Lern- und Lebensraumes und erleben Partizipation.

In der 7. Unterrichtseinheit wird das Thema Bewegung auf das soziale Umfeld erweitert. Die Schüler nutzen den selbst gestalteten Bewegungsparcours, um im Anschluss Bewegungsmöglichkeiten und -ideen im sozialen Umfeld zu eruieren. Der Themenkomplex Bewegung wird zusammengefasst.

Die Unterrichtseinheiten 8 bis 13 konzentrieren sich auf die Themenfelder Entspannung und Stressregulation. Ziel des Komplexes ist es, einen positiven Umgang mit Stress und Belastungen zu fördern, indem die Schüler Methoden zur Entspannung kennen und anwenden lernen.

Zu Beginn der 8. Lektion erleben die Kinder eine Entspannungsübung und finden einen erlebnisorientierten Einstieg in den Themenkomplex. Sie reflektieren ihre Empfindungen und ihre Gefühle kommunikativ und kreativ. Sie führen die Entspannungsübung selbstständig durch.

Die 9. und 10. Einheit des Programms wird zum Thema „Entspannung – was passiert in mir?“ konzipiert. Anhand einer Fantasiereise mit Elementen des Autogenen Trainings erfahren die Kinder die Wirkung von Entspannungsverfahren auf emotionaler und körperlicher Ebene (Salbert, 2006). Mit diesem Experiment stärken sie ihre Selbst- und Entspannungskompetenz und üben stressreduzierende Verhaltensweisen ein. Ziel der Einheit ist, dass die Schüler die Wirkungen der Entspannung reflektieren und benennen können.

Die 11. und 12. Unterrichtseinheit steht unter der Thematik „Zauberformeln zur Entspannung“ und zielt auf den Erwerb von Handlungsstrategien zur Stressreduktion ab. Die Kinder testen an Entspannungstationen verschiedene Formen stressreduzierender Maßnahmen (Massage, Malen, Entspannungsmusik hören,...) und lernen deren verschiedene Wirkungen kennen. Abschließend findet eine Einführung in die Kurzformel der Progressiven Muskelentspannung nach Jacobsen (Hofmann, 2003) statt.

Mit Hilfe einer Transferaufgabe werden die Kinder angeregt, diese Verfahren sowohl im Setting „Familie und Freizeit“ als auch im Setting „Schule“ anzuwenden und zu festigen.

Unter dem Titel „Wir tun uns Gutes“ wird die 13. Unterrichtseinheit eröffnet. Die Kinder werden befähigt, eine Massage in Partnerarbeit zu gestalten und zu erleben. Zuvor erarbeiten sie Regeln für den körperlichen Kontakt. Entspannung wird als gesundheitsförderliche Gemeinschaftsaktion erlebt und wertgeschätzt. In diesem Prozess werden die Sozialkompetenzen der Kinder gefördert und die Stressbewältigungskompetenzen auf interpersonaler Ebene ausgebaut.

Die Unterrichtseinheiten 14 bis 15 zielen darauf ab, die erlernten Kenntnisse zusammen zu tragen und erworbene Kompetenzen zu festigen. Unter dem Motto „Unsere Wohlfühlsonne“ wiederholen die Kinder in Gruppenarbeit die Wirkungen von Bewegung und Entspannung und die Handlungsoptionen für ein entspannungs- und bewegungsbewusstes Verhalten. Abschließend testen die Kinder ihr Wissen in einem Gesundheitsquiz. Sie bewerten ihr Wissen unter Anleitung und reflektieren ihren Lernzuwachs.

Jedes Kind erhält eine Medaille als „Aktivi-Gesundheitsexperte“, wird für seinen individuellen Lernzuwachs belobigt und in seinem Gesundheitsbewusstsein gestärkt. Auszüge des Programms für Klasse 1 sind im Anhang 6 exemplarisch einzusehen.

3.6.2 Gesundheitsprogramm für die Klassenstufe 2

In Klassenstufe 2 stehen die Themen „Mein Körper“, „Anderssein“ und „Meine Gefühle“ im Zentrum (siehe Tabelle 5). Nach einem Wiedereinstieg in das Gesundheitsprogramm mit dem bekannten Ritual und dem Lied starten die Schüler mit einem Rätsel zu ihren Körperteilen in das Lernfeld „Mein Körper“. Sie beschreiben und malen Körperteile auf unterschiedliche Karten und entwickeln somit selbst ein Spiel, in das sie ihr Vorwissen einbringen. Die unterschiedlichen Vorkenntnisse der Schüler sollen das Lernen durch Austausch anregen. Im anschließenden Bewegungsspiel werden bekannte und neue Körperteile berührt, die Körperwahrnehmung geschult, Bewegungsimpulse geschaffen und das Wissen gefestigt.

In den folgenden drei Unterrichtseinheiten arbeiten die Kinder mit Hilfestellung frei an der Körper-Werkstatt. Ziele dieses Blockes sind, drei wichtige Körpersysteme benennen, deren grundlegende Funktionen nachvollziehen zu können und damit das eigene Körperbewusstsein zu stärken. Nach einem aktivierenden Bewegungsspiel erhalten die Kinder eine Einweisung in den Werkstattpass, mit dem sie ausgehend von ihren Interessen, elf Stationen zu den Themen Knochen- system, Atmungssystem und Verdauungssystem besuchen. An diesen erwarten sie unter anderem kreative Aufgaben, wie das Legen eines Skelettes mit Nudeln, Rechercheaufgaben im Internet zum Verdauungssystem, Experimente mit ihrem Atem (Watte pusten, Atemzüge zählen, Atemgeräusche mit Stethoskop hören) und ihren Gelenken (Bewegungen mit geschienter Hand testen), Genussübungen, wie z.B. das bewusste Verzehren eines Apfelstückchens, spielerische Rätsel zum Verdauungssystem und eine Entspannungsübung.

Tab. 5: Überblick Gesundheitsprogramm Klasse 2

Programminhalte Klasse 2			
Themenfeld	Einheit	Titel	Themen
Mein Körper	1	Hallo Aktivi/ Mein Körper	Einstieg Aufbau des Körpers, Körperteile
	2/3/4	Körperwerkstatt	Körperwerkstatt: Kennenlernen der grundlegenden Körpersysteme mit deren Funktionen (Atmung, Verdauung, Skelettsystem)
	5/6	So pflege ich meinen Körper	Körperpflege und Zahngesundheit
Jeder ist anders	7/8	Jeder Körper ist anders	Umgang mit Behinderungen und Auffälligkeiten
	9	Mädchen sind anders, Jungen auch	Unterschiede von Jungen und Mädchen
	10	Das mag ich, das mag ich nicht	Prävention von körperlichen und seelischen Übergriffen Zusammenfassung des Themenfeldes „Mein Körper“
Meine Gefühle	11	Die Welt der Gefühle	Wahrnehmung von und Umgang mit Grundgefühlen
	12/13	Ein Bild mit Gefühl	Kreative Darstellung von Gefühlen
	14	Wutkugeln und Zaubersprüche	Handlungsstrategien zum positiven Umgang mit Stress, Aggression und Wut
Zusammenfassung	15	Gesundheitsquiz	Abschlussspiel zu den Themenfeldern: Mein Körper, Gefühle

Quelle: Eigene Darstellung

Die Stationen enthalten Arbeitsaufträge in Einzelarbeit und Partnerarbeit, bei denen sich die Schüler austauschen, abstimmen, ihre Ergebnisse selbstständig mit Hilfe von Lösungsblättern prüfen und präsentieren. Den Übergang zu den folgenden zwei Unterrichtseinheiten zum Thema Körperpflege bildet der Vers „Mein Körper ist ein Wunderwerk, er kann so tolle Sachen. Kann atmen, essen, wachsen und einen Sprung auch machen. Ich achte ihn und pfleg’ ihn gut, er ist mein schönstes Haus. In ihm fühle ich mich wohl, wie im Loch die kleine Maus“.

Die folgenden Lektionen zielen auf die Erhöhung des Zahn- und Körperflegewissens und die Motivation zu gesundheitsunterstützendem Verhalten ab. Nach einer mündlichen Wiederholung gehen die Schüler für zwei Unterrichtseinheiten in eine angeleitete Freiarbeit über. Sie erarbeiten sich experimentell, wie die Hände am effektivsten nach dem Einsatz von Filzstift und Fett sauber werden, reflektieren ihre eigenen Körperpflegerituale, untersuchen ihr Gebiss, stellen eine Karies-Reaktion mit Styropor und Essig nach, lernen das richtige Zähneputzen und überdenken ihr Zahnpflegeverhalten (BzgA, 2005, Hahnefort, 2010). Eine Einzelmassage, in der der Körper gelockert und „gereinigt“ wird, schafft eine aktive Pause, Stressabbau und sinnanregende Lernmomente.

Nach der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper geht es um interindividuelle Unterschiede durch gesundheitliche Einschränkungen oder Behinderungen (Einheit 7 und 8). Das Entwickeln von Empathie und einem angemessenen Umgang mit gesundheitlich eingeschränkten Menschen sind Ziele dieses Themenfeldes. Nach einem Klassengespräch teilen sich die Schüler in drei Gruppen und setzen sich handlungsorientiert mit Seh-, Hör- und Gehbehinderungen auseinander (z.B. mit Augenbinde laufen, mit Ohropax einem Gespräch lauschen, in einem Rollstuhl fahren, jemanden in einem Rollstuhl schieben). Sie reflektieren ihre eigenen Empfindungen und interviewen einen Partner zu seinen Erlebnissen. Sie fassen ihre Erkenntnisse zusammen, indem sie eine Bildergeschichte „Ein Handicap, das ist nicht schlimm“ aufzeichnen und auf Grundlage des selbst vollendeten Satzes „Wenn ich ein Handicap hätte, wünschte ich mir...“ Regeln zum Umgang mit eingeschränkten Kindern und Erwachsenen formulieren. Die Lehrkraft nimmt grundsätzlich eine begleitende, anregende, motivierende und ggf. korrigierende Funktion ein.

Geschlechts- bzw. Verhaltensunterschiede von Jungen und Mädchen werden in Einheit 9 durch szenisches Darstellen von Stereotypen und einem anschließenden Klassengespräch bearbeitet. Die Kinder formulieren, was sie am anderen Geschlecht mögen, welche Unterschiede, aber auch welche Gemeinsamkeiten sie haben. Entspannend endet die Stunde mit einer Partnermassage unter dem Motto „Ich bin ich und du bist du. Unterschiede gehören dazu. Vieles haben wir gemein, wollen wir nun Freunde sein?“.

Das Wahrnehmen, Artikulieren und Abwehren von Übergriffen, ist Ziel der folgenden Unterrichtseinheit „Das mag ich, das mag ich nicht“. Nach einer Lerngeschichte und einem Klassengespräch entwickeln die Kinder in der Kleingrupp-

penarbeit Ideen zur Abwehr unangenehmer Berührungen und üben diese im Rollenspiel (BzgA, 2005). Um das Lernfeld „Mein Körper“ und „Andersein“ abzuschließen und zu wiederholen, gestalten die Kinder eine „Wissenswand“ (Pinnwand mit Erkenntnissen und Erfahrungen der Schüler zu diesem Lernfeld). Das Kennen, Erkennen und der adäquate Umgang mit Gefühlen sind Ziele der folgenden vier Unterrichtseinheiten. Den Einstieg bilden ein Brainstorming, ein Interview und einem Bewegungslied (Vorschlag: „Wenn du glücklich bist“ von Gerhard Schöne). In einem „Gefühlsmuseum“, in dem Fotos und Lernkarten von acht Gefühlen zu finden sind, erarbeiten sich die Schüler ein Grundlagenwissen. Je nach Kenntnis- und Erfahrungsstand der Schüler entscheidet die Lehrkraft, wie viele bzw. welche Gefühlszustände erarbeitet werden (traurig, fröhlich/glücklich, ängstlich, wütend/aggressiv, trotzig, entspannt). Die Schüler vertiefen ihre Entspannungskompetenz, indem sie wiederholt eine Partnermassage durchführen. Im vorgeschlagenen Beispiel „Im Land der Gefühle“ werden die Emotionen in eine Geschichte eingebettet und feinmotorisch umgesetzt (Auszug aus der Massagegeschichte: „Aktivi besuchte das Land der Gefühle. Als erstes kam Herr Fröhlich. Er *hüpfte* fröhlich über das Gras. Frau Wütend kam hinzu. Grimmig *stapfte* sie den Weg entlang...“). In den folgenden Einheiten 12 bis 14 stellen die Kinder in verschiedenen Spielen Gefühle pantomimisch dar. Als kreative Wahlaufgaben stehen die Herstellung und Nutzung eines Gefühlsbarometers oder die Gestaltung eines Wutplakates mit Worten, Farben und Mustern zur Verfügung. Zwei Fotos mit wütenden Kindern sind Diskussionsgrundlage für das Klassengespräch zu den Ursachen, Anzeichen und eigenen Erfahrungen von Wut. In Partnerarbeit suchen die Schüler Handlungsoptionen bei Wut und tauschen sich anschließend mit anderen Paaren und im Klassengespräch aus, welche Optionen aus welchem Grund geeignet oder ungeeignet sind. Die Lehrkraft stellt einen „Wutball“ vor (kleiner, mit Reis gefüllter, bemalter Luftball) und lädt die Schüler ein, einen solchen zu basteln. Jedes Kind nutzt in den kommenden Wochen diesen „Wutball“ bei aufkommenden aggressiven Gefühlen und als weitere stressregulative Methode.

In der letzten „Aktivi“-Einheit festigen die Schüler gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, indem sie ein selbst gewähltes Bewegungs- oder Entspannungsspiel durchführen. Sie testen oder festigen ihre Kenntnisse im Gesundheitsquiz und fühlen sich durch die Verleihung der zweiten „Aktivi“-Medaille in ihrer

Gesundheitskompetenz gestärkt. Auszüge des Programms für Klasse 2 sind im Anhang 7 exemplarisch einzusehen.

3.6.3 Gesundheitsprogramm für die Klassenstufe 3

Das soziale Wohlbefinden im Klassenverband, die Stärkung der Kommunikations- und Konfliktfähigkeit und die Förderung der persönlichen Ernährungskompetenz stehen im Zentrum des Gesundheitsprogramms für die dritte Klasse (siehe Tabelle 6). Nach einem Wiedereinstieg initiiert die Lehrkraft ein Klassengespräch zum Thema „Freundliches Miteinander“ und liest die Lerngeschichte „Das gelbe und das graue Klassenzimmer“ vor (in Anlehnung an BZgA, 2002). Die Schüler erarbeiten in Gruppenarbeit Merkmale eines positiven bzw. negativen Klassenklimas, wie z.B. sich grüßen, sich helfen, ausreden lassen bzw. lästern, ins Wort fallen, dazwischenreden. Sie reflektieren, was ihnen im Umgang miteinander wichtig ist, und entwickeln Klassenregeln. Als Selbstverpflichtung gestalten und unterschreiben die Schüler eine Sonne, auf der die Klassenregeln festgehalten sind. In der darauffolgenden Stunde bewerten die Schüler die Einhaltung der Regeln.

In der zweiten Einheit führt die Lehrkraft das Klassentagebuch (in Anlehnung an BZgA, 2002), als nonverbale Kommunikationsmethode ein. Die Schüler werden angeregt, ihre Gefühle oder Botschaften niederzuschreiben. Ziel dieser Methode ist, Empfindungen zu verarbeiten und mit Abstand in die Kommunikation zu gehen. Für zurückhaltende Schüler bietet dieses Medium eine Alternative zum direkten Gespräch. Die Klasse einigt sich zu Regeln im Umgang mit dem Klassentagebuch und nutzt es in der kommenden Zeit. Der Lehrkraft wird empfohlen, bei Bedarf Bezug zu Äußerungen der Kinder im Klassentagebuch zu nehmen. Entspannungs- und Bewegungssequenzen schaffen Pausen zur Konzentrationsförderung.

In den kommenden fünf Einheiten stehen die wertschätzende Kommunikation und Konfliktfähigkeit im Mittelpunkt. Nach verschiedenen Spielen zu nonverbaler Darstellung und Deutung von Botschaften analysieren die Kinder anhand von Kinderfotos mimische und gestische Merkmale von Gefühlen oder Botschaften (Vertiefung des Gefühls-Themas aus Klassenstufe 2). Die Erkenntnis, dass Botschaften durch Sprache, Mimik und Gestik übermittelt werden, wird durch ein Rätselspiel gesichert. Von diesem Wissen ausgehend, lernen die

Schüler die Giraffen- und Wolfssprache nach Rosenberg (2007) kennen. Sie erarbeiten sich u.a. im szenischen Spiel grundlegende Merkmale, Ursachen, Folgen und Redewendungen einer gewaltfreien bzw. lebensentfremdenden Kommunikation. Sie lernen aktiv zuzuhören, zu hinterfragen, eigene und fremde Bedürfnisse zu ergründen und empathisch zu reagieren. Die intensive Reflexion der Erlebnisse und Gefühle in diesem Prozess ist Voraussetzung zur Weiterentwicklung der Empathie und Kommunikationskompetenz und wird durch Fragerunden sowie schriftliche und kreative Aufträge realisiert (BzgA, 2002). Zur Wissensfestigung und Übung der Kompetenzen wendet die Lehrkraft verschiedene Lern-, Bewegungs- und Stegreifspiele an und erarbeitet mit den Schülern die Bedeutung einer wertschätzenden Kommunikation für jeden Einzelnen. Das persönliche Erleben und der persönliche Bezug sollen motivieren, diese Kommunikation in Alltag, z.B. im Klassentagebuch und in persönlichen Gesprächen, zu nutzen. Zum Ende gestalten die Schüler in Gruppenarbeit, ggf. unter Anleitung der Lehrkraft, ein Plakat zu einem selbstgewählten Thema der letzten Stunden und präsentieren diese abschließend.

Erlebnisorientiert starten die Schüler mit einem gemeinsamen Picknick in den Themenblock „Gesunde Ernährung“ mit insgesamt sieben Lerneinheiten (Einheit 8 bis 14). In einer Kiste sind gesunde Lebensmittel versteckt, aus denen einfache gesunde Rezepte hergestellt werden können. Für diese Unterrichtseinheit muss die Lehrkraft Zeit für den Einkauf und die Vorbereitung der Produkte einplanen. Die Schüler erfühlen die Lebensmittel aus der „Energiekiste“, überlegen, wozu der Körper Energie benötigt und was aus den Lebensmitteln zubereitet werden könnte. In fünf Gruppen bereiten die Schüler mit Hilfe eines Arbeitsblattes ein Erfrischungsgetränk aus frischen Früchten, Wasser und Kräutern; Gemüsespieße, Brotteller mit Käse und Wurst sowie kleine Obstbecher zu. Eine Gruppe bereitet das Picknick im Klassenraum oder auf dem Schulhof vor. Mit einem selbst erdachten Tischspruch eröffnen bzw. beenden die Schüler das Picknick und reflektieren im Gespräch ihre Zusammenarbeits- und persönlichen Geschmackserlebnisse. Dem Thema gesunde Ernährung aufgeschlossen gegenüber zu sein, die Fertigkeit zu besitzen, aus gesunden Lebensmitteln einfache und schmackhafte Zwischenmahlzeiten herzustellen, gesunde Lebensmittel als wohlschmeckend zu erfahren und gesundheitsfördernde Gemeinschaftaktionen, wie z.B. ein Picknick, zu erleben und auszugestalten sind wesentliche Ziele dieses Einstieges (TMBWK, 2010; WHO, 2001).

Tab. 6: Übersicht Gesundheitsprogramm Klasse 3

Programminhalte Klasse 3			
Themenfeld	Einheit	Titel	Themen
Gesundheitsförderndes Klassenklima	1	Hallo Aktivi/ So fühle ich mich wohl	Einstieg in das Gesundheitsprogramm, Gesundheitsförderndes Klassenklima, Regeln für einen positiven Umgang
	2	Unser Klassentagebuch	Einführung eines Klassentagebuches als Kommunikationsmittel
Gesundheitsfördernde Kommunikation	3	Die Welt der Bot-schaften	Einführung in die verba-le/nonverbale Kommunikation Körpersprache
	4/5	Wenn der Wolf und die Giraffe sprechen	Einführung in die wertschätzende Gesprächsführung
	6/7	Wir üben die Giraf-fensprache	Vertiefung und Übung der wert-schätzenden Gesprächsführung Zusammenfassung der Themen-felder „Klassenklima“ und „Kommunikation“
Gesunde Ernährung	8/9	Ein leckeres Pick-nick	Einstieg in das Thema gesunde Ernährung, Zubereitung einfacher und gesunder Rezepte
	10	Die Ernährungspy-ramide	Kennenlernen der Ernährungspy-ramide als Leitfaden für eine ge-sunde Ernährung
	11/12	Einkaufsdetektive	Besuch eines Supermarktes
	13/14	Ernährungsexperten	Auseinandersetzung mit dem Le-bensmittelangebot, Zusammen-fassung des Themas „Ernährung“
Abschluss	15	Gesundheitsquiz	Abschlussspiel zu den Themen-feldern: Klassenklima, Kommuni-kation, Gesunde Ernährung

Quelle: Eigene Darstellung

Aufbauend auf den positiven Erfahrungen, führt die Lehrkraft in der folgenden Einheit die Ernährungspyramide mit einer Bewegungsgeschichte ein (in Anlehnung an Koelsch und Brügemann, 2012). Die Ernährungspyramide bietet ein kindgerechtes Orientierungssystem zur gesunden Ernährung. Die Kinder lernen im Klassengespräch mit Hilfe von Symbolkarten die Lebensmittelgruppen Getränke, Getreideprodukte, Obst, Gemüse, Milchprodukte, Wurst, Fette und Süßigkeiten kennen und Lebensmittel zuzuordnen. Sie finden in Werbezeitschriften Beispiele für Lebensmittel und ordnen diese den Lebensmittelgruppen zu. Die durch die Lehrkraft vermittelten und durch Selbstkontrolle gesicherten Erkenntnisse, dass zum Beispiel Pudding und „Milchschnitte“ keine Milchprodukte, sondern Süßigkeiten sind, sollen zum Staunen und Nachdenken anregen. Jeder Schüler prüft abschließend für sich, welche Lebensmittel er am aktuellen Tag in welchen Mengen verzehrt hat und prüft dies in der Ernährungspyramide. Eine thematische Bewegungspause bietet das „Obstsalatspiel“ (Platztauschspiel mit Obstbegriffen). Um die Familie des Kindes einzubeziehen, bekommen die Kinder die Hausaufgabe ein gesundes Rezept der letzten Stunde mit der Familie auszuprobieren und/oder in der Küche der Familie für jede Lebensmittelgruppe ein Lebensmittel zu finden. Die Familien werden so angeregt, einfache und gesunde Rezepte auszuprobieren bzw. ihr Ernährungswissen gemeinsam mit ihrem Kind zu stärken.

„Einkaufsdetektive“ dürfen die Kinder im nachfolgenden Unterrichtsblock spielen. Nachdem sie Regeln für den Besuch eines naheliegenden Supermarktes formuliert haben, erhalten sie in Gruppenarbeit „Detektivaufträge“, bei denen sie das Obst-, Gemüse-, Milch-, und Brotangebot des Supermarktes untersuchen. Die Arbeit in Gruppen stellt sicher, dass die Schüler bei Schwierigkeiten Unterstützung finden. Ziel des Lernens am anderen Ort ist, sich mit dem Lebensmittelangebot in Grundzügen auseinanderzusetzen, Selbstkompetenz im Zusammenhang mit gesunder Ernährung zu erwerben, Angebote kritisch zu hinterfragen, ein Gefühl für Lebensmittelpreise zu bekommen und zu erkennen, dass wohlschmeckende und gesunde Lebensmittel preiswert eingekauft werden können. Die Schüler entwickeln eine Strategie, um die komplexe Aufgabe zu bewerkstelligen, erfahren Selbstwirksamkeit und Sicherheit im Umgang mit neuen Situationen und setzen sich aktiv mit dem Thema Lebensmittelerwerb auseinander. Die Lehrkraft ist im Wesentlichen für die Organisation dieser Lernsituation verantwortlich und hat in der Unterrichtseinheit eine begleitende

und unterstützende Funktion. Als Hausaufgabe sollen die Schüler ihren Eltern von ihren Erlebnissen berichten (Transfereffekte).

Die folgende Einheit dient der Nachbereitung der Exkursion, dem Zusammenragen und Festigen der Lernergebnisse und der Reflexion. Ein Schülerinterview wird als Methode genutzt, die Ergebnisse der anderen Gruppen zu erfragen und so einen eigenen Wissenskanon aufzubauen. Der Aufbau kommunikativer und sozialer Kompetenzen, Selbstorganisation und Selbstbewusstsein sind Lebenskompetenzen, die in diesem Prozess gefördert werden. Die Lehrkraft lädt die Schüler anschließend auf eine Genussreise ein. Sie erfahren, dass Süßigkeiten, die langsam verzehrt und mit allen Sinnen genossen werden, am geschmacksintensivsten sind. Diese Übung schult die Genussfähigkeit als euthyme und salutogene Ressource der Schüler (Handler, 2009). Als kreativ-entspannende Übung steht den Schülern als Abschluss das freie Malen zum Thema „Mein Schlaraffenland“ oder ein Ernährungsquiz zur Verfügung, das das Ernährungswissen der Schüler zusammenfasst und ihren Lernzuwachs verdeutlicht (dieses kann auch zusätzlich zum Beginn und/oder zum Ende des Themenblockes eingesetzt werden).

Für die Schüler bekannt, wird das Programm durch ein Gesundheitsquiz, eine praktische Übung nach Wahl und die Verleihung der 3. „Aktivi“-Medaille abgeschlossen. Auszüge des Programms für Klasse 3 sind im Anhang 8 exemplarisch einzusehen.

3.6.4 Gesundheitsprogramm für die Klassenstufe 4

Im Programm der Klasse 4 werden die Themenblöcke Freundschaften, Sexualerziehung, Sinne, Suchtprävention und Gesundheit in den Medien behandelt (siehe Tabelle 7).

Nach dem Wiedereinstieg und der Begrüßung der Viertklässler wird das Thema Freundschaft innerhalb von drei Lektionen bearbeitet. Positive Beziehungen sind wichtige psychische und soziale Gesundheitsressourcen der Schüler. Die Schüler lernen Merkmale von Freundschaften (er)kennen und die Bedeutung von positiven Beziehungen für das eigene seelische Wohlbefinden zu reflektieren. Sie lernen, wie Freundschaften aufgebaut und gehalten werden können, welche Beziehungsmuster negativ sind und wie die Zeit mit Freunden gesundheitsfördernd gestaltet werden kann. Den Einstieg bildet ein Lied, von dem aus das Thema vorbereitet wird. In einem Partnerinterview mit vorgegebenen und

offenen Fragen geben die Schüler Auskunft über ihre Erfahrungen und Meinungen zum Thema Freunde und holen diese von ihren Mitschülern ein. Die Schüler stellen ihre Ergebnisse im Klassengespräch vor. Das Gedicht „Gute Freunde“ bildet den Abschluss der Einstiegsstunde.

Mit der Bewegungsgeschichte „Zwei Freunde auf Wanderschaft“ werden die Kinder in der zweiten Einheit begrüßt, sie formulieren Wünsche an einen Freund und leiten davon Verhaltensregeln ab. In dem von der Lehrkraft geführten Klassengespräch überlegen die Schüler, welches Verhalten für eine Freundschaft negativ ist und welche Lösungswege geeignet sind. Die Kernbotschaft der Stunde ist: Das Wichtigste an einer Freundschaft sind Ehrlichkeit und Vertrauen. Dieses wird für die Kinder in einem Vertrauensspiel (Führen eines Freundes mit geschlossenen Augen) erlebbar gemacht.

Eine aktive Freizeitgestaltung mit Freunden hat positive körperliche, seelische und soziale Aspekte. Die Schüler werden nach einer Wiederholungsphase in der folgenden Stunde motiviert, mit Hilfe eines Laufzettels Freizeitaktivitäten zusammenzutragen. Somit reflektieren sie ihr eigenes Freizeitverhalten und erhalten Anregungen. Im „Ich-mag-dich-Spiel“ (in Anlehnung an Thies, 2010) lernen die Schüler, positive Merkmale anderer zu erkennen, Komplimente zu formulieren und selbst Wertschätzung zu erhalten. Als Themenabschluss wählen die Schüler eine Freiarbeit, wie z.B. eine künstlerisch-kreative Aufgabe, und werden sich ihres Lernzuwachses bewusst, indem sie fünf Sätze aus der Aussage „Freunde – ich habe gelernt, dass...“ formulieren.

Tab. 7: Übersicht Gesundheitsprogramm Klasse 4

Programminhalte Klasse 4			
Themenfeld	Einheit	Titel	Themen
Freund- schaften	1	Hallo Aktivi/ Freunde tun mir gut	Einstieg in das Gesundheitsprogramm Einstieg in das Thema „Freundschaft“ als Quelle psychischer Gesundheit
	2	Ich und Du— zwei Freunde	Aufbau und Pflege von Freundschaft- ten, Merkmale positiver Beziehungen
	3	Zeit mit Freunden	Gesundheitsfördernde Freizeitgestal- tung, Abschluss des Themenfeldes „Freundschaft“
Sexual- erziehung	4	Liebe	Einstieg in das Thema, Merkmale von Liebesbeziehungen
	5/6/7	Liebe-Körper- Lernwerkstatt	Liebe, Körperliche Entwicklung in der Pubertät, Schwangerschaft und Geburt
Sinne	8	Unsere Sinne	Einführung in das Sinnessystem des Menschen
	9	Sinnexperiment	Experimente und Wahrnehmungs- übungen
	10/11	Unsere Sinnesorgane	Aufbau und Funktion der Sinnesorga- ne, Schutzmaßnahmen, Zusammenfas- sung Themenfeld Sinne
Suchtprä- vention	12	Schlechte Freunde für meine Gesundheit I	Ungesunde Verhaltensweisen: Fern- sehkonsument, Computerkonsument, Süßig- keitenkonsum, Nikotin
	13	Schlechte Freunde für meine Gesundheit II	Ursachen und Wirkungen ungesunder Verhaltensweisen, Erarbeitung alterna- tiver gesundheitsfördernder Verhal- tensweisen
Gesundheit in den Medien	14	Gesundheit aus der Werbung	Einfluss der Medien auf die Gesund- heit; Gesundheitsfördernde und gesundheitsschädigende Werbebotschaften und Produkte
	15/16	Die Werbung fängt gleich an	Reflexion von Nikotin- und Alkohol- werbung; Wirkung und Folgen von Ni- kotin und Alkohol
	17/18	Werbung- das können wir auch	Entwicklung eines Werbemediums für/gegen Alkohol und Nikotin
Abschluss	19	Gesundheitsquiz	Zusammenfassung

Quelle: Eigene Darstellung

Unter der Überschrift Liebe-Körper-Lernwerkstatt setzen sich die Schüler in den Einheiten 4 bis 7 mit den Themen Pubertät, Schwangerschaft und Geburt auseinander.

Sie nähern sich im Klassengespräch dem Thema Liebe und sammeln Fragen. Anhand von Bildern erarbeiten sie verschiedene Formen von zwischenmenschlicher Liebe, wie z.B. Geschwisterliebe, Liebe zwischen Eltern und Kind, Liebe zwischen Mann und Frau oder Liebe zwischen gleichgeschlechtlichen Paaren. Der Schwerpunkt der folgenden pädagogischen Arbeit liegt auf der Liebe zwischen Paaren bzw. zwischen Mann und Frau. In Partnerarbeit erarbeiten die Schüler Merkmale von Liebesbeziehungen aus ihrem Erfahrungshorizont heraus. Im Klassengespräch äußern die Schüler freiwillig, welche Erfahrungen sie selbst mit Liebe gemacht haben. Sie werden motiviert, dieses Gefühl zu beschreiben. Im Anschluss werden die Erfahrungen in einer Partnermassage in Bewegungen umgesetzt (z.B. Ich bekomme Herzklopfen. – mit Hand leicht auf Rücken klopfen). Die Lehrkraft bearbeitet dieses Thema sensibel und den persönlichen familiären Situationen der Kinder angemessen. Die Abwandlung der Fragestellungen und Arbeitsaufträge liegt im Ermessensspielraum der Fachkraft.

In den folgenden drei Einheiten setzen sich die Schüler in einer Lernwerkstatt mit den Themen Pubertät, Schwangerschaft, Verhütung und Geburt auseinander. Sie erhalten einen „Werkstattpass“, der zur Selbstkontrolle und Organisation der zehn Lernstationen dient (Möckel, 2008). Diese umfassen Lese-, Diskussions- und Kreativaufgaben sowie Videos und Arbeitsblätter, die in Einzel- oder Partnerarbeit zu erledigen sind. Die Schüler lernen, z.T. unter Nutzung der Lernmaterialien der BZgA (2003, 2004), die Geschlechtsorgane und ihre wesentlichen Funktionen, Begriffe der Sexualkunde, die körperlichen und seelischen Entwicklungen in der Pubertät, die Entstehung eines Kindes, die Schwangerschaft und Geburt sowie zwei Verhütungsmaßnahmen kennen. Ziele des Unterrichtskomplexes sind, dass die Kinder über ein grundlegendes Wissen zur sexuellen Entwicklung verfügen, eine positive Haltung gegenüber den eigenen körperlichen und seelischen Veränderungen entwickeln und sensibilisiert und motiviert sind, die ersten sexuellen Kontakte verantwortungsvoll zu gestalten. Die Schüler nutzen selbstständig die integrierten Entspannungs- und Bewegungsstationen.

Die Lehrkraft hat, ausgehend von den individuellen Lerntempi der Schüler, vor allem in der Freiarbeit, die Möglichkeit, den Aufgabenanspruch und die Aufgabenfülle für leistungsstärkere oder -schwächere Schüler abzuwandeln (z.B. können Aufgaben statt als Einzel- in Partnerarbeit gelöst oder Hilfsmittel genutzt werden). Die Prüfung der Ergebnisse erfolgt eigenverantwortlich mit Hilfe der Kontrollblätter und durch die Lehrkraft. Im abschließenden Klassengespräch werden gemeinsam auf alle in der ersten Stunde gesammelten Fragen Antworten gefunden, dies dient als Zusammenfassung und Ergänzung. Mit Beendigung des Satzes: „Nach dieser Lernwerkstatt...“ reflektieren die Schüler ihren Lernprozess.

Das Thema der kommenden Unterrichtsstunden 8 bis 11 lautet „Meine Sinne“. Das Kennen der Sinne, der Sinnesorgane und deren Funktionen sowie die Motivation und Fähigkeit, präventive Maßnahmen, wie z.B. Sonnenschutz, anzuwenden, sind Ziele des Komplexes. Als Einstimmung dient eine kreative Übung - „Der Stein der Sinne“. Während einer Lerngeschichte malen die Schüler die Sinnesorgane an einen Stein und gestalten diesen. In einem Gruppenspiel ordnen die Schüler Sinn, Sinnesorgan, Sinnestätigkeit und ein Beispiel zu (z.B. Geruchssinn, Nase, riechen, Duftöl) und erarbeiten sich so einen Überblick zu ihrem Sinnessystem. Affektiv wirkt eine Aktivierungsübung für alle Sinne (z.B. an der Nase reiben und riechen, an Ohren ziehen und lauschen, ...), die als Abschluss der ersten und Eröffnung der zweiten Stunde dient. Es folgt ein offener Stationsbetrieb, in dem die Kinder Experimente zu ihren Sinnen erwarten. Ein Geräuschmemory, ein Spiel mit Düften, ein Geschmackstest, ein Riechtest, eine Tastübung und ein Sehtest animieren die Kinder, ihre Sinne intensiv kennenzulernen und zu schulen. Die Kontrolle erfolgt eigenständig mit Hilfe entsprechender Materialien an den Stationen, so dass die Lehrkraft die Funktion des Lernbegleiters einnehmen kann. Eine Zusatzaufgabe zur differenzierten Wahrnehmung von Berührungsreizen kann eingebaut werden. Nach einer Genussübung (Wiederholung aus dem Programm der Klasse 3) bilden die Schüler in den nächsten zwei Stunden fünf Gruppen und erhalten den Auftrag, nach bestimmten Kriterien ein Plakat zu einem Sinnesorgan und seinen Schutzmöglichkeiten zu gestalten. Sie nutzen dazu Bücher, die Schulbibliothek (soweit vorhanden) und das Internet (soweit vorhanden) und präsentieren ihre Ergebnisse vor der Klasse (Ergebnissicherung).

Die Schüler üben sich, unter Anwendung ihrer Kenntnisse aus Programmteil 3, in konstruktiver Rückmeldung und reflektieren die Präsentationen ihrer Mitschüler. Bewegend oder entspannend endet die letzte Stunde zum Themenkomplex mit einer Abschlussübung nach Wahl.

Suchtprävention bzw. gesundheitsschädigende Verhaltensweisen stehen im Zentrum der folgenden zwei Stunden. Die Schüler überlegen zunächst, was ihrem Körper und ihrer Seele schaden könnte. Anschließend erarbeiten sie in Gruppen vier Situationen, in denen riskantes Verhalten wie übermäßiges Computerspielen, langes Fernsehen, ein übermäßiger Verzehr von Süßigkeiten und Zigarettenkonsum, vermeintliche Hilfsmittel bzw. „falsche Freunde“ in problematischen Alltagssituationen sind (z.B. Süßigkeiten essen bei Ärger oder Langeweile, Zigaretten probieren, um dazuzugehören). Die Schüler fühlen sich in die Personen der Geschichte hinein, suchen in der Diskussion Ursachen für die Verhaltensweisen und schlagen Alternativen vor. Sie analysieren die Situationen und üben im Rollenspiel, in kritischen Situationen angemessen zu reagieren. Sie erhalten ergänzend sachliche Informationen über die gesundheitlichen Auswirkungen von Alkohol- und Nikotinkonsum. Gemeinsam entwickelt die Klasse eine Gedankenlandkarte. In dieser erfassen sie Auswirkungen ungesunder Verhaltensweisen und sammeln Alternativen. Sie vertiefen und festigen ihre Erkenntnisse mit einem Arbeitsblatt und erholen sich aktiv in einem thematisch passenden Bewegungsspiel.

Gesundheitsbotschaften in den Medien und Medienkompetenz sind zentrale Punkte des letzten fünfstündigen Themenblockes. Nach dem Begrüßungsritual stellt die Lehrkraft verschiedene Medien mit gesundheitsrelevanten Produkten bzw. Informationen vor, mit denen sich die Schüler beschäftigen (z.B. Werbevideo, Prospekte, Flyer). Die Klasse erhält den Auftrag, aus Werbeprospekten alle Produkte auszuschneiden, die sich eher positiv oder negativ auf ihre Gesundheit auswirken. Sie vergleichen ihre Ergebnisse untereinander und werden angeregt, Produkte kritisch zu hinterfragen und ihren tatsächlichen Gesundheitswert zu prüfen. Mit Hilfe aller Schüler entsteht ein Plakat, auf dem die Produkte erfasst sind. Nach dieser Stunde wissen die Schüler, dass Werbung gesundheitsförderliche und -schädigende Produkte anpreist. Sie haben ein Gefühl entwickelt, die Gesundheitswerte von Produkten einzuschätzen.

Zu Beginn der nächsten Einheit lädt die Lehrkraft die Kinder zu einem Bewegungsspiel ein, in dem sie die Gesundheitswerte von Produkten durch die Intensität ihrer Bewegung einschätzen sollen (z.B. Apfel = hoher Gesundheitswert → schnell laufen, Zigarette = kein Gesundheitswert → auf der Stelle stehen, Fernseher = mittlerer Gesundheitswert → langsam laufen). Eine Auswertung erfolgt im Klassengespräch. Unter Nutzung von Arbeitsblättern und einem von der Lehrkraft ausgewählten Werbevideo (Empfehlung: Süßigkeiten) erarbeiten die Schüler Ziele, Informationsgehalt und die Wirkung der Werbung. Sie haben den Auftrag, zu recherchieren, ob es Regelungen in Deutschland gibt, die Kinder vor Suchtmitteln schützen. Diese Aufgabe ist komplex. Die entwickelten Recherche- und Lernstrategien sollen eigenständig angewendet werden. Die Lehrkraft entscheidet nach Klassensituation, inwieweit sie die Aufgaben konkretisiert, vereinfacht oder weitere Hilfsmittel zur Verfügung stellt. Die Ergebnisse werden in der Klasse präsentiert. Auf Fragen oder Diskussionsbedarf geht die Lehrkraft ein. In einem Stegreifspiel wenden die Schüler ihr erworbenes Wissen über die Suchtmittel und Werbung an und üben, Suchtmittel abzulehnen. Ein humorvolles Bewegungsspiel „Die Werbung fängt gleich an“ kann als Abschluss oder Bewegungspause genutzt werden.

In den kommenden zwei Stunden wiederholen die Schüler zunächst ihr Wissen und ihre Erkenntnisse mit Hilfe von Fragekarten. Die Klasse wird in vier Gruppen organisiert, je eine Gruppe erhält den Auftrag, eine Werbung für bzw. gegen Zigaretten und Alkohol zu gestalten. Die Schüler entscheiden mit Hilfe eines Auftragsblattes, welches Medienprodukt sie entwickeln möchten, sie untersetzen ihre Arbeitsschritte, legen Verantwortlichkeiten fest und organisieren in Abstimmung mit der Lehrkraft die benötigten Materialien. Vor der Präsentation bietet die Lehrkraft eine Bewegungspause an (Wiederholung aus letzter Stunde). Die Schüler geben nach jeder Präsentation eine konstruktive Rückmeldung. Die Ergebnisse sollen im Schulgebäude aufgehängt oder in einem Elternabend vorgestellt werden.

Traditionell bietet die Lehrkraft in der letzten Stunde das Gesundheitsquiz an, führt mit den Schülern ein Bewegungsspiel oder eine Entspannungsübung nach Wahl durch und überreicht mit wertschätzenden und gesundheitsmotivierenden Worten den Schülern ihre letzte „Aktivi“-Medaille. Auszüge des Programms für Klasse 4 sind im Anhang 9 exemplarisch einzusehen.

3.7 Zusammenfassung des Gesundheitsprogramms

Um die Gesundheitskompetenzen der Schüler aufzubauen, wird ein strukturiertes Unterrichtsprogramm genutzt. Dieses orientiert sich, wie in Tabelle 8 zusammengefasst, an den Qualitätskriterien für kompetenzbasierte Gesundheitsbildungsprogramme, ausgewählten gesundheitspsychologischen Modellen und entsprechenden Lehrplänen für die Thüringer Grundschulen (Antonovsky, 1987; Ajzen, 1991; Bandura, 1998; Franzkowiak, 2003; BZgA, 2002; TMBWK, 2010; WHO, 1997, 2001). Es umfasst 64 Unterrichtseinheiten für die Schuljahrgänge 1 bis 4. Pro Schuljahr sind 15 bis 19 Unterrichtseinheiten von ca. 60 Minuten geplant, die von Grundschullehrern, z.B. im Heimat- und Sachkundeunterricht umgesetzt werden. Es werden die Themen Ich-Identität, Bewegung, Entspannung, Mein Körper, Anderssein, Gefühle, gesundes Klassenklima, Kommunikation, gesunde Ernährung, Freundschaft, Sexualerziehung, Sinne, Suchtprävention und Gesundheit in den Medien behandelt. Das Programm basiert auf dem Lebenskompetenzansatz (WHO, 1997), ist curricular und fächerübergreifend aufgebaut und nutzt partizipative und interaktive Methoden (Tobler, 1998; Wilson et al, 1992), (siehe Anhang 5).

Tab. 8: Überblick zum Gesundheitsprogramm „Aktivi“

Das „Aktivi“-Programm im Überblick	
Ziel	Die Lebens- und Gesundheitskompetenzen der Schüler sind gestärkt.
Teilziele (Auswahl)	<p>Die Schüler</p> <ul style="list-style-type: none"> - fühlen sich in ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt. - reflektieren, was ihrem Körper und ihrer Seele gut tut. - haben die positiven Wirkungen von Bewegung erfahren. - können eine Entspannungsübung anwenden. - kennen die wesentlichen Körpersysteme und ihre Funktionen - sind sicherer im Umgang mit ihren Gefühlen. - tragen zu einem gesundheitsfördernden Klassenklima bei. - wissen, um die Grundlagen einer gesunden Ernährung. - sind gestärkt, Nikotin und Alkohol abzulehnen. - gehen kritisch mit Werbebotschaften um. - sind motiviert, sich für ihr Wohlergehen einzusetzen.
Theoreti- sche Basis	<ul style="list-style-type: none"> - Modell der Salutogenese - Schutz- und Risikofaktorenmodell - Sozial-kognitive Lerntheorie - Theorie des geplanten Verhaltens - Thüringer Grundschullehrpläne/Thüringer Bildungsplan
Inhalte	<p>Klasse 1: Ich-Identität/Selbstkompetenz – Bewegung – Entspannung</p> <p>Klasse 2: Mein Körper – Anderssein – Gefühle</p> <p>Klasse 3: Klassenklima – Kommunikation – Ernährung</p> <p>Klasse 4: Freundschaft – Sexualerziehung – Sinne – Suchtprävention - Gesundheit in den Medien</p>
Ansatz	Lebenskompetenzansatz, skills-based health education
Unter- richts- prinzipien	handlungsorientiert, lebensweltbezogen, ganzheitlich, multime- thodisch
Methoden	partizipativ – interaktiv z.B. Rollenspiel, Gruppenarbeit, Interview, Experimente, Spiele
Aufbau	<ul style="list-style-type: none"> - curricularer Aufbau - Programmdauer: 4 Jahre - pro Jahr 15-19 Einheiten à 60 Minuten

Quelle: Eigene Darstellung

4 Prozessevaluation des Programms

4.1 Studiendesign

In einer Machbarkeitsstudie wurde die Umsetzung des Gesundheitsprogramms „Aktivi“ evaluiert. Ziel war es, die Umsetzbarkeit des Programms in der Praxis zu bewerten und Optimierungsbedarfe zu eruieren. Zur Planung der Evaluation wurden die Empfehlungen und Standards von Sanders (1999) und der WHO (1997) berücksichtigt.

Das Gesundheitsprogramm wurde in der Bilingualen Ganztagsgrundschule DUALINGO des DRK Kreisverbandes Jena-Eisenberg-Stadtroda e.V. in Jena (Thüringen) erprobt. Zum Studienzeitpunkt lernten 137 Schüler der Klassen 1 bis 4 in insgesamt acht Klassen auf Grundlage des Thüringer Lehrplanes. Die pädagogischen Schwerpunkte der Schule umfassen die Bereiche Gesundheitsförderung, bilinguale Ausbildung und Ganztagsbetreuung. Die Modellschule spiegelt sicher nicht die „durchschnittliche“ Grundschule in Thüringen wider, da sie sich in ihrer organisatorischen (gebundene Ganztagsgrundschule), finanziellen (in freier Trägerschaft) und pädagogischen Struktur (interdisziplinäres Team, schulinterner Lehrgang Gesundheit) von anderen Schulen unterscheidet. Für die Ersterprobung eines Gesundheitsprogramms war sie geeignet, da der Träger, die Schulleitung und Lehrkräfte an diesem Vorhaben interessiert waren und die Schule neben langjährigen Erfahrungen im Bereich der Gesundheitspädagogik auch über ein interdisziplinäres Pädagogenteam verfügte. Darüber hinaus waren die Eltern mit dem Thema Gesundheitsförderung an der Schule vertraut und gewillt, die fachliche Weiterentwicklung zu unterstützen. Das „Aktivi“-Programm deckt alle gesundheitsrelevanten Themen des Lehrplanes für Heimat- und Sachkunde an Thüringer Grundschulen ab, deshalb wurde es im Heimat- und Sachkundeunterricht realisiert. Die Umsetzung erfolgte innerhalb von acht Monaten (Oktober 2011 bis Mai 2012).

Die Lehrkräfte setzten in jeder Klasse das entsprechende Teilprogramm des Aktivi-Konzeptes um (z.B. Durchführung des Teilprogramms für Klasse 1 in den beiden 1. Klassen). Wie in Abbildung 6 zu sehen, erfolgte nach jeder durchgeführten Unterrichtseinheit eine Auswertung via Fragebogen durch die Lehrer (FB1) und Schüler (FB2), (siehe Anhang 3). Die Anzahl der Messzeitpunkte entsprach somit der Anzahl der „Aktivi“-Einheiten in der Klassenstufe.

Nach Fertigstellung des Programms nahmen die Lehrkräfte mit Hilfe eines weiteren Fragebogens (FB 3) eine Gesamtauswertung des Programms vor.

Evaluation des Aktivi-Programms																				
Evaluationszeitraum: 8 Monate																				
K 1	t1	t2	t3	t4	t5	t6	t7	t8	t9	t10	t11	t12	t13	t14	t15	t16				
																FB 3				
	FB 1+FB 2																			
K 2	t1	t2	t3	t4	t5	t6	t7	t8	t9	t10	t11	t12	t13	t14	t15	t16				
																FB 3				
	FB 1+FB 2																			
K 3	t1	t2	t3	t4	t5	t6	t7	t8	t9	t10	t11	t12	t13	t14	t15	t16				
																FB 3				
	FB 1 + FB 2																			
K 4	t1	t2	t3	t4	t5	t6	t7	t8	t9	t10	t11	t12	t13	t14	t15	t16	t17	t18	t19	t20
																				FB 3
	FB 1 + FB 2																			

Abb. 6: Studiendesign

Quelle: Eigene Darstellung

Erklärung:

t = Ende einer Einheit; K = Klassenstufe; FB 1= Fragebogen für Lehrkräfte, FB 2= Fragebogen für Schüler; FB 3= Abschlussfragebogen für Lehrer

4.2 Stichprobe

An der Studie beteiligten sich im Untersuchungszeitraum insgesamt 112 Schüler und sechs Lehrer der Modellschule DUALINGO.

Da das Gesundheitsprogramm im regulären Unterricht umgesetzt wurde, nahmen alle Schüler am Programm teil. Die Rekrutierung der Schülerstichprobe erfolgte indirekt über die Einverständniserklärungen zur Evaluation des Programms (siehe Abbildung 7 und Anhang 2). Alle Eltern der 137 Schüler (Grundgesamtheit) wurden mit einem Schreiben und auf einem Elternabend über das Gesundheitsprogramm informiert und gebeten, ihr Einverständnis zur Teilnahme ihres Kindes an der Befragung zu erteilen.

Schüler, deren Eltern ihr Einverständnis gegeben hatten, nahmen an den Befragungen im Unterricht auf freiwilliger Basis teil. Somit bildeten 81,8 % der Schüler (n=112) die Stichprobe. 18,2 % der Schüler erleben das Unterrichtsprogramm, ohne es zu bewerten.

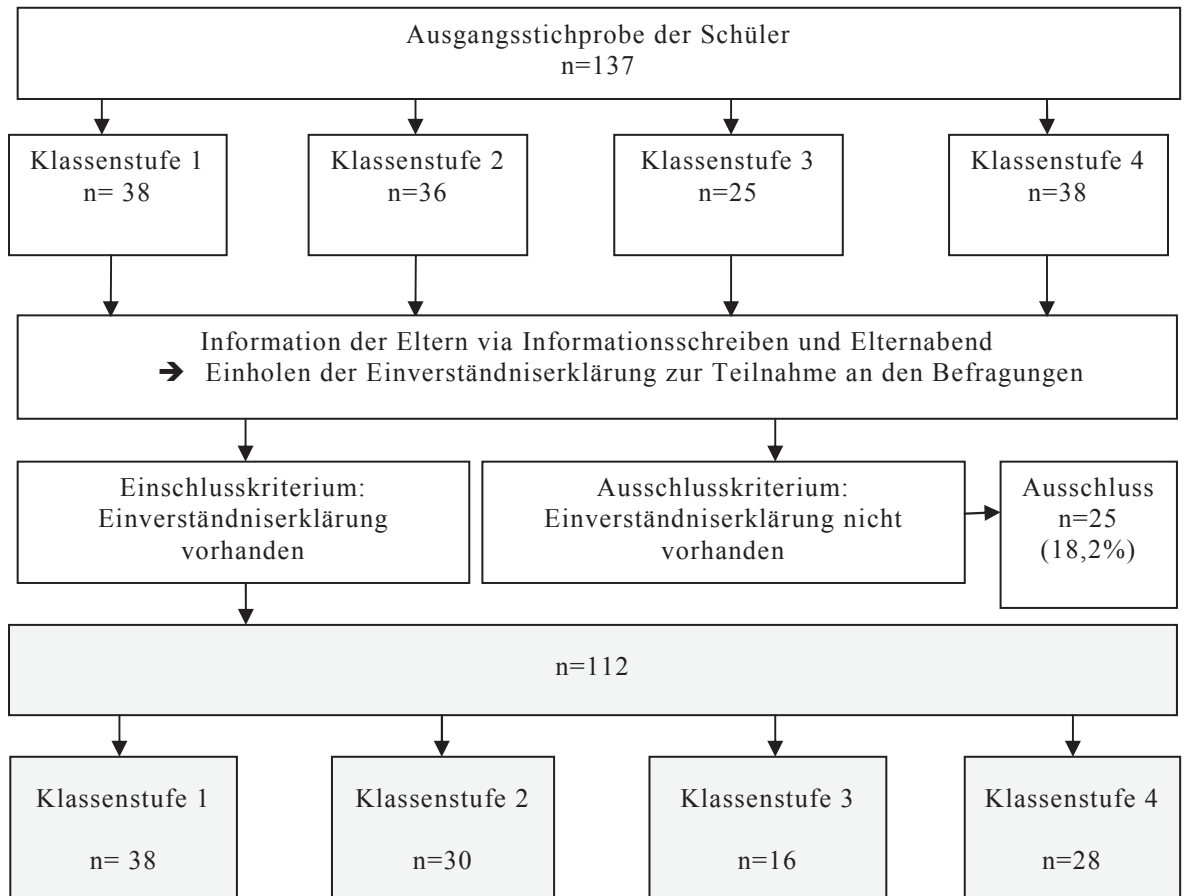


Abb. 7: Stichprobenfluss der Schülerstichprobe

Quelle: Eigene Darstellung

Die Schülerstichprobe umfasste 112 Kinder, davon 60 Mädchen und 52 Jungen. Es stammten 38 bzw. 30 Schüler aus den Klassenstufen 1 und 2. Die Geschlechter waren je zur Hälfte vertreten. Aus Klassenstufe 3 und 4 bewerteten 16 bzw. 28 Schüler das „Aktivi“-Programm (Klasse 3: 9 Mädchen, 7 Jungen; Klasse 4: 17 Mädchen, 11 Jungen).

Die sechs Heimat- und Sachkunde-unterrichtenden Lehrkräfte bildeten somit die Lehrerstichprobe, sie stellten im Erhebungszeitraum 50% des Pädagogen-teams der Schule. Die Lehrerstichprobe bestand aus einem Lehrer und fünf Lehrerinnen im Alter von 28 bis 35 Jahren. Eine Pädagogin hatte eine Ausbildung als Sozialpädagogin und Physiotherapeutin. Jede Lehrkraft führte einen Teil des Programms in ihrer Klasse durch.

Zwei Lehrkräfte integrierten das Programm in zwei Klassen bzw. zwei Klassenstufen. Es war davon auszugehen, dass die Grundschullehrer in ihrer Ausbildung zur Heimat- und Sachkundelehrkraft ein Basiswissen zu Inhalt, Methodik und Didaktik der Gesundheitsförderung aufgebaut hatten und somit in der Lage waren, das Programm ohne eine zusätzliche Weiterbildung umzusetzen. Vor der Implementierung fand ein Informations- und Beratungsgespräch zwischen der Programmautorin, der Schulleitung und den Lehrkräften statt.

4.3 Zielkriterien

Die Einschätzung der Umsetzbarkeit des Gesundheitsprogramms war Evaluationsziel.

Dazu wurden in Anlehnung an die Empfehlungen von Koplan (1999) und der WHO (1997, 2001) zur Prozessevaluation von Lebenskompetenzprogrammen sechs Zielkriterien aufgestellt:

- 1) Das Programm wird von den Lehrkräften akzeptiert.
- 2) Das Programm wird von den Schülern akzeptiert.
- 3) Das Programm ist umsetzbar.
- 4) Die Arbeitsmaterialien sind praktikabel.
- 5) Die Aufgaben sind im Schwierigkeitsgrad angemessen.
- 6) Das Programm wird von Jungen und Mädchen gleichermaßen angenommen.

Ein weiteres Ziel der Machbarkeitsstudie war die Identifikation von Stärken und Schwächen und die Ermittlung konkreter Verbesserungspotentiale (Beywl & Schepp-Winter, 2000).

4.4 Messinstrumente

Zur Überprüfung der Zielkriterien wurden drei Fragebögen vorbereitet. Die Schüler nutzten einen Fragebogen, für die Lehrkräfte standen zwei Fragebögen zur Verfügung. Die Fragebögen wurden speziell für die Auswertung des Programms entwickelt. Hinreichende evaluierte Messinstrumente zur Prozessevaluation von Gesundheitsprogrammen im Grundschulbereich waren nicht bekannt.

Mit den Gesundheitsprogrammen „Klasse 2000“ (Storck et al, 2007, 2008) und „Eigenständig werden“ (Wiborg & Hanewinkel, 2003) standen Erfahrungswerte zur Verfügung, die für die Konzeption der Fragebögen für Lehrkräfte genutzt wurden. Für die Gestaltung von Fragebögen für Grundschüler lagen keine Erfahrungen im Rahmen einer Prozessevaluation vor. Die Empfehlungen der WHO (1997) zur Evaluation von Gesundheits- bzw. Lebenskompetenzprogrammen fanden in den Schüler- und Lehrerfragebögen Berücksichtigung.

Fragebögen im Überblick

Der Fragebogen 1 für Lehrkräfte umfasst sechs Items (siehe Tabelle 9).

Tab. 9: Fragebogen 1 - Kurzfeedback der Lehrer

Fragebogen 1	Kurzfeedback nach der Unterrichtseinheit		
Zielgruppe:	Lehrkräfte		
Item	Frage	Antwort	Bezug
Akzeptanz der Lehrkräfte	Wie war der Gesamteindruck der Unterrichtseinheit?	Vergeben Sie eine Schulnote von 1 bis 5!	WHO, 1997; Wiborg & Hanewinkel, 2003; Storck et al., 2007
Qualität der Arbeitsmaterialien	Wie bewerten Sie die Arbeitsmaterialien?	Vergeben Sie eine Schulnote von 1 bis 5!	
Durchführungstreue innerhalb der Stundenbilder	Zu wie viel Prozent haben Sie die Unterrichtseinheit wie vorgegeben umgesetzt?	Markieren Sie einen Punkt auf der Linie: 0%————— 100%	Stock et al, 2007 und 2008
positive/negative Auffälligkeiten	Ist Ihnen etwas Positives an der Einheit aufgefallen? Wenn ja, was?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____	
	Ist Ihnen etwas Negatives aufgefallen? Wenn ja, was?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____	
Zeitplanung	Wie war die Zeitplanung der Unterrichtseinheit?	<input type="checkbox"/> Die Zeitplanung war optimal. <input type="checkbox"/> Es wurde zu wenig Zeit eingeplant. <input type="checkbox"/> Es wurde zu viel Zeit eingeplant.	Wiborg & Hanewinkel, 2003
Optimierungsbedarf	Sollte an der Unterrichtseinheit Ihrer Meinung nach etwas geändert werden? Wenn ja, was?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____	

Quelle: Eigene Darstellung

Er wurde nach jeder durchgeführten Einheit eingesetzt. Aus den Lehrerfragebögen wurden Daten zu den Dimensionen Akzeptanz, Umsetzbarkeit des Programms (Konzepttreue, Durchführungstreue, Zeitplanung), Qualität der Arbeitsmaterialien, besondere Merkmale und Optimierungsbedarfe gewonnen. Der Fragebogen wurde so gestaltet, dass er innerhalb von fünf Minuten auszufüllen war. Je nach Klassenstufe kam der Fragebogen zwischen 15 und 19 Mal zum Einsatz. Der Wechsel von offenen und geschlossenen Fragen und die Auswahl verschiedener Antwortkategorien sollten ein unreflektiertes oder automatisiertes Ausfüllen vermeiden, das bei der hohen Anzahl von Messzeitpunkten wahrscheinlich war. Die Bewertung mit Hilfe der Schulnotenskala wurde aufgrund des schulischen Zusammenhangs integriert.

In Fragebogen 2 wurden neben den in Tabelle 10 benannten Items die Klassenstufe und das Geschlecht erfasst. Die Schülerfragebögen wurden nach jeder Unterrichtseinheit eingesetzt. Die Daten gaben Aufschluss darüber, wie die Schüler das Programm akzeptierten, ob Jungen und Mädchen sich gleichermaßen vom Programm angesprochen fühlten, ob die Aufgaben verständlich und im Schwierigkeitsgrad angemessen waren und welche positiven und negativen Merkmale das Programm aus Schülersicht kennzeichnen.

Tab. 10: Fragebogen 2 - Kurzfeedback der Schüler

Fragebogen 2	Kurzfeedback nach der Unterrichtseinheit						
Zielgruppe:	Schüler						
Item	Frage	Antwort	Bezug				
Akzeptanz	Wie hat dir das Thema gefallen?	☺☹☹	WHO, 1997				
Anspruch der Aufgaben	Wie fandest du die Aufgaben?	☺ = leicht ☹ = mittel ☹ = schwer					
Positive/ Negative Merkmale ²	Was hat dir besonders gut/ nicht gefallen?	Schreibe auf! <table border="1"><tr><td>☺</td><td>☹</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	☺	☹			
☺	☹						

Quelle: Eigene Darstellung

²Dieses Item wird nur ab Klasse 2 erfragt, da grundlegende Schreibkenntnisse zur Beantwortung der Frage vorhanden sein müssen.

Bei der Gestaltung der Schülerfragebögen wurde Wert darauf gelegt, dass sie so einfach wie möglich gehalten wurden (einfache Fragen), die Beantwortung kindgemäß erfolgte (Wörter kombiniert mit Smiley-Symbolen), die Fragebögen bis auf Klasse 1 eigenständig ausgefüllt werden konnten (Ankreuzen), sich die Bewertung ausschließlich auf das Unterrichtsprogramm bezog und eine Bewertung der Lehrerleistung soweit wie möglich ausgeschlossen wurde.

Fragebogen 3 ist ein Abschlussfragebogen für die Lehrkräfte, der eine Gesamtbewertung des Programms nach Beendigung ermöglichen sollte. Er beinhaltete sieben Dimensionen (z.B. Effekte, pädagogische Qualität), die mit 18 Items untersetzt waren (siehe Anlage). Da ausschließlich zwei Fragebögen zurückkamen, konnte keine valide Auswertung erfolgen. Aus diesem Grund wird auf tiefergehende konzeptionelle Hintergründe und Ergebnisse der Fragebögen an dieser Stelle und in der Auswertung kein Bezug genommen. Alle Fragebögen wurden einem Pretest unterzogen. Der Schülerfragebogen wurde im Rahmen von zwei Unterrichtseinheiten von insgesamt 20 Schülern aus den Klassenstufen 1 bis 4 getestet. In einem Qualitätsgespräch mit den sechs Lehrkräften der Stichprobe wurden die Lehrerfragebögen erprobt und diskutiert. Aus dem Pretest ergaben sich Anpassungen der Schülerfragebögen in Form eines vereinfachten Fragebogens für die Schüler der 1. Klassen und in der grafischen Darstellung der Smileys sowie eine Kürzung des Lehrerfragebogens.

4.5 Statistische Auswertungsverfahren

Zur Datenerfassung wurde die deutschsprachigen Versionen der Software SPSS 19.0 verwendet. Die statistische Auswertung und Darstellung der Daten erfolgte mit Hilfe von Microsoft Excel 2007 und Microsoft Word 2007. Zur Deskription der Daten wurden absolute und relative Häufigkeiten berechnet, die teilweise grafisch oder tabellarisch dargestellt wurden. Als Maße der zentralen Tendenz wurden das arithmetische Mittel bzw. der Median berechnet. Neben der Auswertung der Gesamtstichprobe wurde zusätzlich eine Auswertung und Ergebnisdarstellung für jede Klassenstufe vorgenommen. Für die Items „Anforderungsniveau der Aufgaben“ und „Akzeptanz der Schüler“ wurden die Daten zusätzlich für die Subgruppe der Mädchen und Jungen deskriptiv evaluiert. Positive und negative Auffälligkeiten wurden in Kategorien erfasst.

5 Ergebnisse

5.1 Ergebnisse der Lehrerstichprobe

Der Rücklauf betrug 71 von 126 Fragebögen (= 56,3%). Die Bewertung der Teilprogramme baute auf 25 bzw. 22 Fragebögen der Klassenstufen 1 und 2 und je 12 Fragebögen der Klassenstufen 3 und 4 auf. In 55 Fragebögen wurde eine Einheit bewertet, 16 Fragebögen beziehen sich auf zwei bis drei „Aktivi“-Einheiten.

5.1.1 Konzepttreue

In jeder Klassenstufe wurden durchschnittlich 66,5% der „Aktivi“-Einheiten realisiert. Die Konzepttreue variierte zwischen 38,9% (Klasse 4) und 90,0% (Klasse 1 und 2). Fünfzehn Einheiten wurden nicht durchgeführt bzw. nicht bewertet. Diese lagen am Ende des Programms oder gehörten zu einem Themenblock.

5.1.2 Gesamteindruck

Im Durchschnitt vergaben die Lehrkräfte den Unterrichtseinheiten die Schulnote 2 (n=70). Die Teilprogramme der Klassen 1, 2 und 4 wurden im Median mit der Schulnote 2, das Teilprogramm der Klasse 3 mit der Schulnote 1 bewertet. Die Verteilung der Noten ist in Abbildung 8 dargestellt.

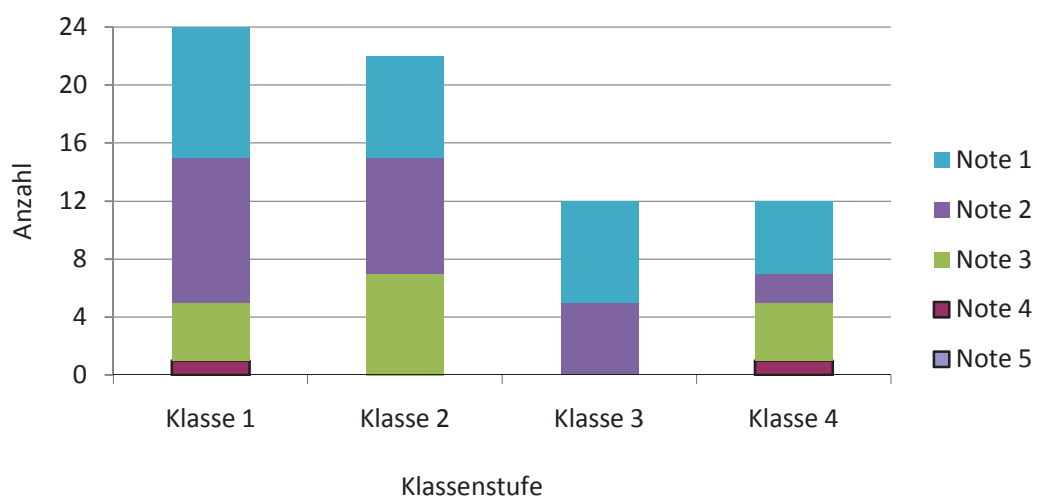


Abb. 8: Gesamteindruck der Lehrkräfte

Quelle: Eigene Darstellung

5.1.3 Durchführungstreue

Führte eine Lehrkraft eine „Aktivi“-Einheit durch, hielt sie sich durchschnittlich zu 77,7 % an den vorgegebenen Ablauf und Inhalt der jeweiligen Unterrichtseinheit. Die Lehrkräfte realisierten mindestens 40,0%, maximal 100,0% der Stundenelemente. Die durchschnittliche Durchführungstreue variierte innerhalb der Klassenstufen zwischen 72% und 85%.

5.1.4 Zeitplanung

In 52,9% der Fälle wurde zu wenig Zeit eingeplant. In 45,7% der Einheiten war die vorgegebene Zeitstruktur nach Meinung der Lehrkräfte optimal. Zeitliche Ressourcen gab es in 1,4% der Einheiten. Wie in Tabelle 11 erkennbar, hielten in Klasse 3 die meisten, d.h. 66,7% der Einheiten, eine optimale Zeitplanung vor. Am wenigsten bedarfsgerecht waren die Zeitkonzepte in Klassenstufe 4 (35,7%).

Tab. 11: Zeitplanung des Programms

Zeitplanung	Klassenstufe				
	Klasse 1	Klasse 2	Klasse 3	Klasse 4	Gesamt
Die Zeitplanung war optimal.	48%	36,8%	66,7%	35,7%	45,7%
Es wurde zu wenig Zeit eingeplant.	52%	63,2%	33,3%	57,1%	52,9%
Es wurde zu viel Zeit eingeplant.	0	0	0	7,1%	1,4%
fehlende Angaben					1,4 %

Quelle: Eigene Darstellung

5.1.5 Arbeitsmaterial

Die Arbeitsmaterialien wurden im Durchschnitt (Median) mit der Note 2 bewertet. Die Lehrkräfte vergaben den Arbeitsmaterialien zu 83,8% die Noten 1 und 2. Das Arbeitsmaterial der Klasse 3 wurde am besten und durchschnittlich mit der Note 1 bewertet. Die Note 4 (als schlechteste Note insgesamt) wurde ausschließlich in den Klassenstufen 1 und 4 zu max. 23,8% vergeben. Gründe hierfür waren das hohe Anspruchsniveau in Klasse 1 (Leseaufgaben und Schreibaufgaben in den Arbeitsmaterialien waren für Schüler nur mit Hilfe zu bewältigen), die zu hohe Anzahl an Arbeitsmaterialien für eine Stunde, die Linien-

führung auf den Arbeitsblättern und eine mangelnde Druckqualität sowie Tipp- oder Druckfehler.

5.1.6 Optimierungsbedarf

In 36 der 71 Fragebögen (= 50,7%) empfahlen die Lehrkräfte eine Anpassung der Unterrichtseinheit. Dieser Verbesserungsbedarf ging zu 40,0% bzw. 25,0% aus den Einheiten der Klassenstufe 1 und 2, und zu 11,4% bzw. 22,9% aus den Klassenstufen 3 und 4 hervor. Die Verbesserungsvorschläge sind in Tabelle 12 in Kategorien erfasst.

Tab. 12: Erfassung der Optimierungsbedarfe

Kategorie	Anzahl	Beispiel
Zeitplanung	20	„zu wenig Zeit“, „nur 2 Stationen einplanen“
Sonstiges	7	„aufwendig“
Stundenplanung/-gestaltung	7	„Methode wiederholt sich kurz hintereinander“
Arbeitsmaterial	6	„schwarz-weiß Kopie statt Farbe“
Anspruchsniveau	4	„besser an Niveau Klasse 1 anpassen“

Quelle: Eigene Darstellung

5.1.7 Besondere Merkmale

In 62 Fragebögen (=87,3%) wurden positive oder negative Auffälligkeiten benannt. Diese summierten sich auf 150 Nennungen. Davon waren 57,3% der Anmerkungen positiv (n=86) und 42,7 % negativ (n=64). In Abbildung 9 sind die Merkmale mit Hilfe von Kategorien dargestellt. Die meisten (n=83) und die meisten positiven Anmerkungen (n=67) erhielt die Kategorie „Methodik und Unterrichtsgestaltung“. Unter anderem wurden die Auswahl bzw. die Vielfalt der Methoden, der Methodenwechsel, die Unterrichtsprinzipien des entdeckenden und bewegten Lernens und die kindgemäße Gestaltung positiv bemerkt. Kritisiert wurden in einzelnen Einheiten ein zu hoher Schwierigkeitsgrad und die Stundenplanung. Das Arbeitsmaterial erhielt sieben positive (29,2%) und siebzehn negative (70,8%) Anmerkungen. Unter anderem wurden die Anschaulichkeit der Arbeitsmaterialien positiv, schlechte Kopien, Tipp- oder Druckfehler negativ kritisiert.

Die Lehrkräfte notierten zwölf positive Anmerkungen zu den Stundenergebnissen, dazu zählten unter anderem die hohe Akzeptanz der Kinder, Freude beim Lernen und gute Arbeitsergebnisse. Dass eine Aufgabe die erzielte Wirkung verfehlte, wurde zweimal notiert. Die Zeitplanung wurde über alle Klassenstufen mit achtzehn Nennungen ausschließlich im negativen Zusammenhang bewertet und nimmt die größte Kategorie der negativen Notizen ein.

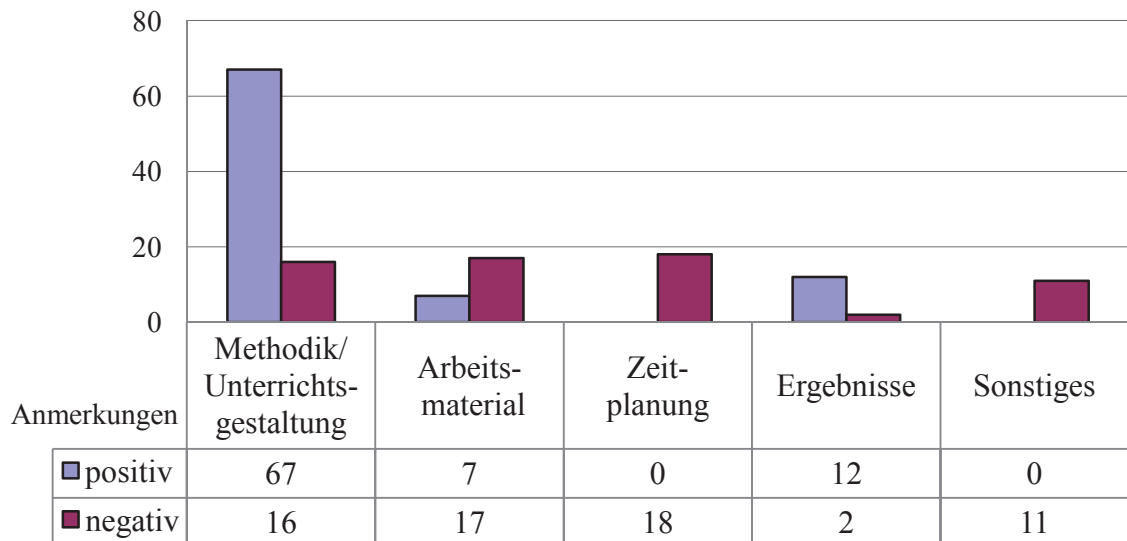


Abb. 9: Darstellung der Lehrer-Anmerkungen in Kategorien

Quelle: Eigene Darstellung

5.2 Ergebnisse der Schülerstichprobe

Die Datengrundlage bildeten 1113 Schülerfragebögen, dies entsprach einer Rücklaufquote von 69,4%. Die Daten stammten zu 32,9% von Erst-, zu 27,6% von Zweit-, zu 11,7% von Dritt- und zu 27,9% von Viertklässlern. Durchschnittlich äußerte jeder Schüler zu 9,8 Messzeitpunkten seine Meinung.

5.2.1 Akzeptanz

Die Schülerschaft bewertete das Programm zu 79,9% positiv ($n = 817$), zu 16,0% neutral ($n = 164$) und zu 4,1% negativ. Wie in Abbildung 10 verdeutlicht, stieß das Programm in Klasse 2 auf die beste Resonanz.

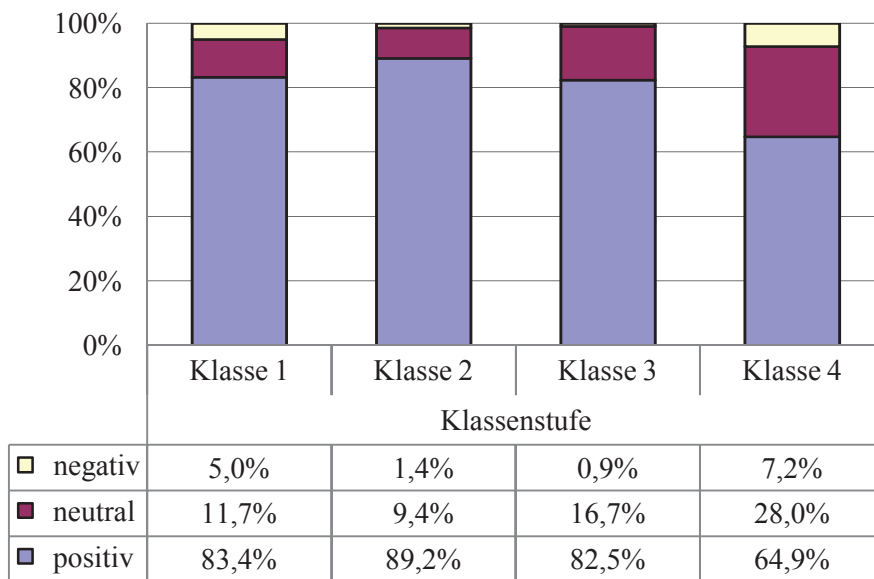


Abb. 10: Akzeptanz der Schüler

Quelle: Eigene Darstellung

Gefallen und Geschlecht

Jungen und Mädchen bewerteten das Programm nahezu gleich (siehe Tabelle 13). Während die Jungen sich minimal häufiger positiv (0,5%) und negativ (0,8%) äußerten, gaben die Mädchen mit 1,3 Prozentpunkten häufiger eine neutrale Rückmeldung.

Tab. 13: Geschlechtsbezogene Akzeptanz des Programms

	männlich	weiblich	Differenz
positiv	79,6%	79,1%	0,5%
neutral	15,6%	16,9%	1,3%
negativ	4,7%	3,9%	0,8%
fehlende Angaben	6,9%		

Quelle: Eigene Darstellung

5.2.2 Anforderungsniveau

Insgesamt wurden 76% der Aufgaben von den Schülern als „leicht“, 20% als „mittel“ und 4% als „schwer“ empfunden (siehe Abbildung 11). Die Aufgaben der Drittklässler waren am leichtesten, die der Erstklässler am schwierigsten. In 11,1 % der Fragebögen fehlten die Angaben zum Schwierigkeitsgrad.

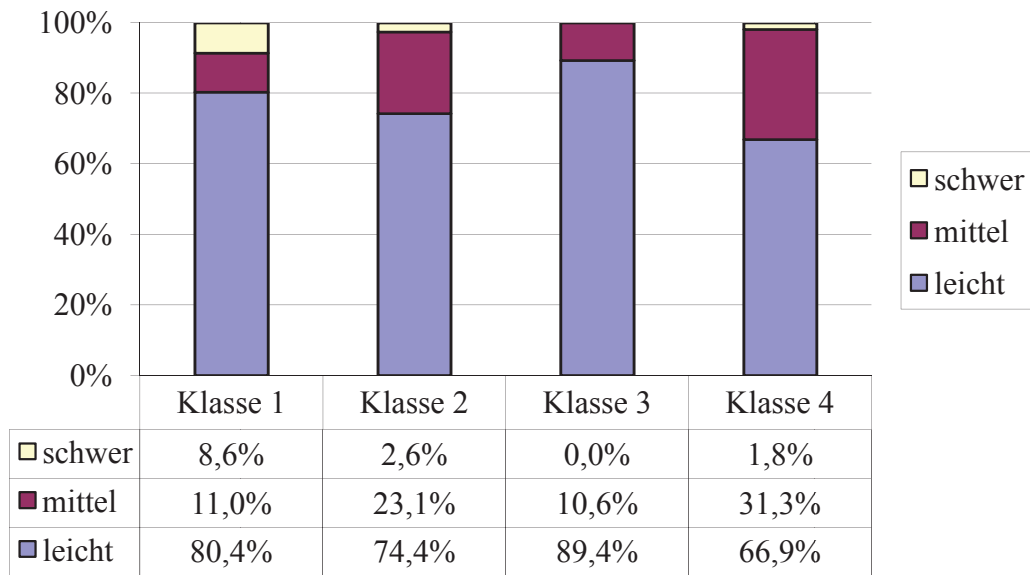


Abb. 11: Aufgabenniveau aus Schülersicht

Quelle: Eigene Darstellung

5.2.3 Besondere Merkmale

Die Schüler notierten in Summe 281 positive (87,2%) und 41 negative (12,7%) Auffälligkeiten (siehe Abbildung 12). 45 Anmerkungen (16 positive und 29 negative) flossen nicht in die Bewertungen ein, da sie nicht unterrichtsbezogen oder nicht leserlich waren.

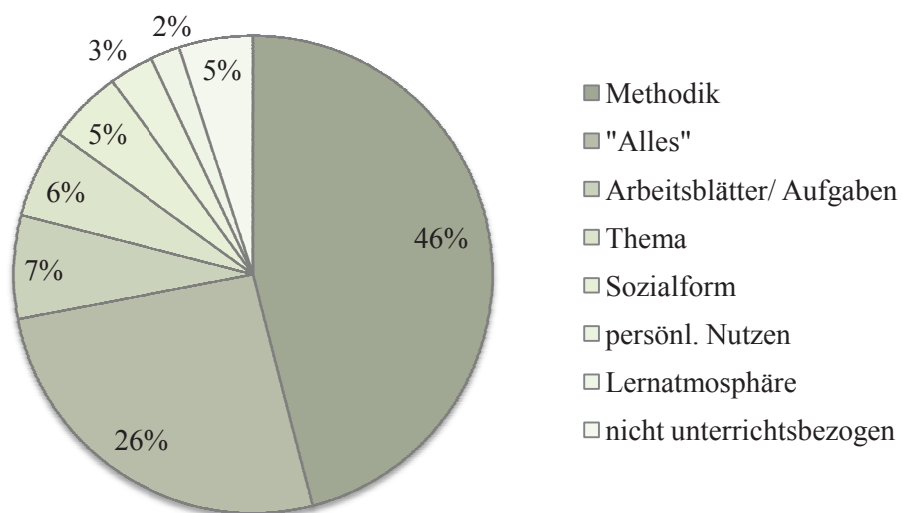


Abb. 12: Überblick der positiven Schüleranmerkungen in Kategorien

Quelle: Eigene Darstellung

Wie in Abbildung 11 zu erkennen ist, bezogen sich die meisten Anmerkungen (46%) auf die Methodik. Die Schüler schätzten u.a. die Experimente, die Entspannungsangebote, die Lernspiele, das Lernen an Stationen und die Nutzung alternativer Lernorte. 67mal (26,0%) äußerten die Schüler, dass ihnen „alles“ gefallen hat. Darüber hinaus meldeten die Schüler positiv zurück, dass ihnen die Aufgaben und die Themen gefallen haben, sie sich freuen, etwas Wichtiges gelernt zu haben, sie gern mit einem Partner gearbeitet haben und sie die Lernatmosphäre schätzten (23,0%).

Die 41 negativen Anmerkungen bezogen sich auf die Kategorien Methodik (n=19), Thema (n=8), Unterrichtscharakter (n=7) sowie Zeit oder Sonstiges (je 5 Anmerkungen). Die Schüler kritisierten zum Beispiel, dass sie zu wenig Zeit hatten, ihre Aufgaben zu lösen (n=5), ihnen einzelne Unterrichtselemente nicht gefallen haben oder sie den Unterricht als „blöd“ empfanden.

5.3 Zusammenfassung

„Aktivi“ wurde von den Lehrkräften im Durchschnitt (Median) mit der Schulnote 2 bewertet. Am positivsten benoteten sie das Teilprogramm der Klassenstufe 3 (Median=1). Die Lehrkräfte führten durchschnittlich 66,4% der Programminhalte durch. Die Konzepttreue variierte zwischen 38,9% in Klassenstufe 4 und 90,0% in den Klassenstufen 1 und 2. Wurde eine „Aktivi“-Einheit realisiert, hielten sich die Lehrkräfte im Durchschnitt zu 77,7% an das vorgegebene Stundenbild. Im Durchschnitt war das Zeitkonzept in 45,7% der Einheiten optimal. Zeitliche Engpässe traten in über der Hälfte der Fälle (52,9%) auf. Ca. 80% (79,9%) der Schüler bewerteten „Aktivi“ positiv, 16% neutral und 4,1% negativ. Den Zweitklässlern gefiel das Programm am besten (89,2%), den Viertklässlern am schlechtesten (64,9%). Jungen und Mädchen unterschieden sich mit ihren Bewertungen mit maximal 1,3 Prozentpunkten minimal. Jungen reflektierten „Aktivi“ minimal häufiger positiv und negativ, Mädchen häufiger neutral. Die Lehrkräfte bewerteten die Arbeitsmaterialien im Mittel mit der Schulnote 2. 90% der Materialien für Drittklässler und über 75% der Materialien aus den Klassen 1,2 und 4 erhielten die Schulnote 1 oder 2. „Aktivi“ hält nach Einschätzung der Schüler zu 76% leichte, zu 20% mittlere und zu 4% schwere Aufgaben vor. Die Aufgaben für die Dritt- bzw. Erstklässler wurden zu über 80% als einfach erlebt.

In Klassenstufe 4 standen die Schüler dem geringsten Anteil leichter Aufgaben gegenüber (66,9%). Die Lehrkräfte empfahlen zu 50,7% eine Anpassung der Unterrichtseinheit. Dieser Verbesserungsbedarf ging mit 40% zum größten Teil aus Klassenstufe 1 hervor. Insgesamt wurden 44 Verbesserungsvorschläge eingereicht. Knapp die Hälfte der Vorschläge (n=20) betrafen die Zeitplanung. Das „Aktivi“-Programm erhielt von den Lehrkräften in Summe 150 zusätzliche Anmerkungen. Positiv waren 86 Feedbacks, die sich zu knapp 80% auf die Kategorie „Methodik und Unterrichtsgestaltung“ bezogen. Die 64 negativen Anmerkungen waren größtenteils auf die zeitlichen Engpässe zurückzuführen. Die Schüler notierten in Summe 322 Anmerkungen, davon waren 87,2% positiv. Die positiven Anmerkungen bezogen sich mit 46% zum größten auf die methodische Ausgestaltung des Programms.

6 Ergebnisdiskussion

6.1 Ergebnisbewertung

Die Ergebnisse wurden in Bezug auf die in Punkt 4.3 formulierten Zielkriterien bewertet. Dazu wurden die gewonnenen Resultate mit denen des etablierten Konzeptes „Klasse 2000“ in Relation gesetzt. Die Beteiligten des Programms brachten zusätzlich Erfahrungen ein, die die Einordnung der Ergebnisse unterstützten. Die Lehrkräfte bewerten das Programm im Durchschnitt mit der Schulnote 2. Dieser Wert wurde im Nachgang von den Lehrkräften als realistisch und positiv eingestuft und ist mit den Akzeptanz-Werten von „Klasse 2000“ vergleichbar (Schulnote 1,9; Storck et al, 2008). Die Akzeptanz der Schüler ist sehr hoch. Das zeigt, dass „Aktivi“ gut bis sehr gut geeignet war, Grundschüler anzusprechen und für Gesundheitsthemen aufzuschließen – besonders in Klassenstufe 2. Es liegen zum aktuellen Zeitpunkt keine vergleichbaren Referenzwerte anderer Gesundheitsprogramme vor. In Rücksprache mit den Projektbeteiligten kann dieses Ergebnis als zufriedenstellend eingeordnet werden. Bei den Erstklässlern ist allerdings denkbar, dass sie noch nicht ausreichend in der Lage waren, ein objektives Urteil zu fällen und ihre Rückmeldung auf Grundlage ihrer persönlichen Stimmung vergaben. Die Viertklässler reflektierten das Programm weniger gut. Erklärungsansätze könnten sein, dass das Programm eher den Bedürfnissen und Interessen jüngerer Schüler entsprach, es grundsätzlich schwerer war, Schüler der vierten Klasse zu begeistern oder es in diesem Alter „cool“ ist, etwas nicht gut zu finden (Hinweis einer Lehrkraft). Vermutlich bewerten Viertklässler eher kritisch, Schüler der ersten und zweiten Klassenstufe eher positiv. Vor dem Hintergrund einer noch unveröffentlichten Forschungsarbeit der Universität Erfurt ist es denkbar, dass Grundschüler grundsätzlich noch nicht ausreichend in der Lage sind, Unterricht objektiv, also unabhängig von der Lehrkraft zu bewerten. Weiterführend ist es sinnvoll zu prüfen, welchen Einfluss das Aufgabenniveau auf die Akzeptanz der Schüler hat. Da Jungen und Mädchen das Programm mit maximal 1,3 Prozentpunkten Unterschied bewerteten, ist davon auszugehen, dass es beide Geschlechter gleichermaßen ansprach. Eine Signifikanzprüfung war auf Grundlage der vorliegenden Datenstruktur nicht möglich.

Zur Bewertung der Umsetzbarkeit des Programms wurden die Daten zur Konzepttreue, zur Durchführungstreue und zur Zeitplanung herangezogen. Die Konzepttreue war mit 66,4 % relativ gering. Vor dem Hintergrund, dass das Programm mit der Evaluation einen ersten Test durchlief und es innerhalb der Umsetzungsphase in der Modellschule zu einem Wechsel im Schulleitungsteam kam, ist der Wert akzeptabel. Faktoren wie die regelmäßige Anwesenheit, Ausfall durch Krankheit, die persönliche Motivationen, die Haltung der Schulleitung zur Umsetzung des Programms und die persönlichen Ressourcen könnten die Probanden sowohl in der Konzepttreue als auch in der Bewertung beeinflusst haben. Denkbar ist ebenfalls, dass Einheiten durchgeführt, aber nicht bewertet wurden. Die Konzepttreue von „Aktivi“ unterscheidet sich von „Klasse 2000“ um ca. 10% (75,9%; Storck et al, 2008). Drop-Out-Ursachen und kritische Stellen im „Klasse 2000“-Programm sind durch die langjährige Erfahrung und die Evaluation sicher bereits erkannt und zielführend minimiert worden. Der regelmäßige Einsatz von externen Fachkräften, wie es in „Klasse 2000“ vorgesehen ist, könnte sich auch bei „Aktivi“ zukünftig positiv auf die Konzepttreue auswirken und Ermüdungseffekte minimieren. Diskussionswürdig sind die unterschiedlichen Konzepttreuen in den Klassenstufen. Während die Lehrkräfte der Klassen 1 und 2 nahezu jede Einheit umsetzten, realisierten die Lehrkräfte der Klassenstufen 3 und 4 weniger als die Hälfte der Programminhalte, obwohl auch die Programme der Klassen 3 und 4 inhaltlich gut und sehr gut bewertet wurden. Ursachen können sein, dass die Lehrkräfte der 1. und 2. Klassen das Programm besser in ihre pädagogische Jahresplanung integrieren konnten oder stärker motiviert waren. In der 4. Klasse stieg möglicherweise der Leistungsdruck auf die Lehrer- und Schülerschaft, da die Laufbahneempfehlungen anstanden. Ein kompetenz- und nicht notenorientiertes Programm verlor in dieser Phase möglicherweise an Priorität. Es wurden vorwiegend Einheiten eines Themenblockes oder Einheiten am Ende des Programmes weggelassen. Im persönlichen Gespräch wurde dieser Sachverhalt damit begründet, dass bestimmte Inhalte bereits behandelt wurden und eine Wiederholung vermieden werden sollte oder es am Jahresende generell zu Zeitdruck kam. Realisierte eine Lehrkraft eine „Aktivi“-Einheit, setzte sie das Stundenkonzept weitestgehend um. Die Durchführungstreue variierte zwischen den Teilprogrammen leicht, im Durchschnitt unterschreitet sie die Erfahrungswerte von „Klasse 2000“ mit 2,2% minimal (Storck et al, 2008).

Abweichungen vom Stundenkonzept lagen zu einem hohen Anteil in der Zeitplanung begründet. Zeitliche Engpässe wurden bei ca. der Hälfte der Einheiten festgestellt. Im Wesentlichen wurden zu viele Inhalte für eine Unterrichtseinheit eingeplant. Zur Bearbeitung der Schülerfragebögen war die Pausenzeit vorgesehen. Denkbar ist, dass die Lehrkräfte die Fragebögen im Unterricht ausfüllen ließen, um die Pausenzeit der Schüler nicht zu kürzen, was den Zeitdruck innerhalb der Stunde verstärkte. Es wurde vorausgesetzt, dass die Lehrkräfte die Methoden im Programm kannten und die Schüler bereits Erfahrungen mit den Methoden gesammelt hatten. Waren methodische Elemente neu (z.B. Lernwerkstatt), bedurfte es mehr Zeit, diese im Unterricht einzuführen. Das persönliche Zeitmanagement der Lehrkräfte und Störungen im Unterricht waren denkbare Einflussfaktoren. „Aktivi“ hält im Wesentlichen geeignete Aufgaben vor. Das Aufgabenprofil ist nach Einschätzung der Schüler zu 96% durch leichte und mittelschwere Aufgaben gekennzeichnet. Es ist davon auszugehen, dass die Schüler dieser Schule über ein überdurchschnittliches Gesundheitswissen verfügen und die Aufträge somit eher als leicht empfanden. Die Lehrkräfte bestätigten die Eignung der Arbeitsmaterialien (im Mittel mit Schulnote 2). Zwischen 75,0% und 90,0% der Materialien entsprachen dem pädagogischen Anspruch der Lehrkräfte (Note 1 oder 2), bei 10,0% bis 25,0% der Materialien bestand Verbesserungsbedarf. Grafische Probleme überwogen die inhaltlichen Optimierungsbedarfe. Dass zu 50,7% eine Anpassung der Unterrichtseinheiten empfohlen wurde, war im Rahmen einer ersten Evaluation eines neu entwickelten Programms zu erwarten. Zu bedenken ist auch, dass die Lehrkräfte die Bewertung auf Grundlage der Erfahrung in einer Klasse durchführten. Die Bewertung fiel in leistungshomogeneren und „einfachen“ Klassen möglicherweise anders aus als in leistungsschwachen, -heterogenen bzw. „schwierigen“ Klassen. Deutlich wird, dass die Zeitplanung über alle Klassen und Klassenstufen hinweg problematisch war und sie somit einen realistischen Verbesserungsbedarf darstellte, der zentrales Element der Weiterentwicklung war.

Die von Lehrern und Schülern genannten Auffälligkeiten waren mit den Ergebnissen zur Akzeptanz, zur Zeitplanung und zu den Optimierungsbedarfen stimmig. Die sehr zahlreichen und deutlich überwiegenden positiven Aspekte in den Kategorien Methodik und Unterrichtsgestaltung zeigten, dass das Programm Schüler und Lehrer inhaltlich und methodisch überzeugte.

Die Rückmeldungen beider Stichproben deuten drauf hin, dass die Unterrichtsprinzipien des bewegten, handlungsorientierten und ganzheitlichen Lernens erfolgreich praktifiziert werden konnten. Ein Großteil der Schüler hatte Freude beim Lernen und reflektierte für sich einen positiven Nutzen. Dies sind wichtige Parameter einer wirkungsvollen Gesundheitspädagogik.

Zusammengefasst sind die positiven Bewertungen der Lehrkräfte, die hohe Akzeptanz der Schüler, die methodische Ausgestaltung, das überwiegend angemessene Anforderungsniveau und die Praktikabilität der Arbeitsmaterialien die Stärken des „Aktivi“-Programms. Schwächen zeigten sich in der Zeitplanung der Unterrichtseinheiten, der Konzepttreue und z.T. in der grafischen Gestaltung der Arbeitsmaterialien.

6.2 Schlussfolgerungen zur Programmoptimierung

Im Nachgang der Ergebnisbewertung wurde eine inhaltliche, methodische und grafische Optimierung vorgenommen. Die Zeitplanung der Einheiten wurde überarbeitet, indem die Zeitfenster der Einheiten erweitert, die Zeit als Orientierungsgröße angegeben oder Stundenelemente gekürzt oder eliminiert wurden. Mit dieser Anpassung wurde gewährleistet, dass die Lehrkräfte zukünftig mehr Möglichkeiten haben, die Voraussetzungen der Schüler, die Klassensituation und ihre persönlichen Voraussetzungen zu berücksichtigen. Kritisch bewertete Arbeitsaufträge oder methodische Elemente wurden im Anspruch variiert, eliminiert oder durch andere ersetzt. Mit der Vergrößerung der Bearbeitungsfläche, der intensiveren Farbabstufung und der Korrektur der Druckfehler wurde eine grafische Qualitätssteigerung der Arbeitsmaterialien erreicht.

6.3 Stärken und Schwächen der Studie

Ein besonderes Kennzeichen der Studie ist die enge Verbindung zwischen Wissenschaft und Praxis. Das Bemühen der Wissenschaft, ein praxistaugliches Gesundheitsprogramm für Grundschulen zu entwickeln, bildete mit der Motivation der Modellschule DUALINGO, ein solches Programm mit zu gestalten und selbst zu nutzen, eine Symbiose. An der Programmentwicklung waren psychologische und pädagogische Fachkräfte beteiligt.

In die Konzeptphase und die Studienplanungsphase wurden Interessenten, d. h. Lehrkräfte, Schulleiter und Trägervertretung involviert, indem sie inhaltliche Anregungen zur Ausgestaltung des Programms und Rückmeldungen zum geplanten Studienverlauf gaben sowie mit ihren Erfahrungen halfen, die Ergebnisse zu interpretieren. Dieser Sachverhalt hat sich möglicherweise positiv auf die Qualität des Programms und den Studienverlauf ausgewirkt und ist ein Merkmal guter Praxis für erfolgreiche Gesundheitsprogramme (Storck et al, 2008). Es ist davon auszugehen, dass dieser Aspekt auch die nachhaltige Umsetzung des Programms nach Studienabschluss positiv beeinflusst hat. Für die Studie war aufgrund der zeitlichen, organisatorischen und finanziellen Ressourcen ein Untersuchungszeitraum von einem Schuljahr vorgesehen. Das bedeutete, dass nur die Teilprogramme im Einzelnen erprobt werden konnten. Eine aufeinanderfolgende Durchführung und Evaluation des Gesundheitsprogramms von der ersten bis zur vierten Klasse, wie sie für die spätere Praxis angedacht ist, war nicht möglich. Die Lehrkräfte konnten selbst entscheiden, innerhalb wie vieler Monate sie das Konzept umsetzten. Die ermöglichte Flexibilität könnte sich positiv auf die Bereitschaft der Lehrkräfte zur Zusammenarbeit ausgewirkt haben. Ebenfalls positiv war die „Kultur der kurzen Wege“, da die Modellschule und die Universität Jena ihren Sitz im Stadtgebiet haben.

Die Studie vereint Elemente einer internen und externen Evaluation. Zum Zeitpunkt der Programmentwicklung war die Autorin zum Teil an der Schule tätig und mit den pädagogischen und strukturellen Rahmenbedingungen vor Ort vertraut. Die Modellschule hatte Interesse an dem Programm und beabsichtigte, es nach der Evaluation weiterhin umzusetzen. Die Programmautorin war gleichzeitig eine Evaluatorin. Die Lehrkräfte bildeten ein kleines, aber interdisziplinäres Fachgremium. In der Stichprobe waren neben in unterschiedlichen Bundesländern ausgebildeten Heimat- und Sachkundelehrern, eine Sozialpädagogin und Physiotherapeutin vertreten. Eine kritische Bewertung kann aufgrund der verschiedenen persönlichen und fachlichen Kompetenzen der Probanden trotz der kleinen Stichprobe als gewährleistet eingestuft werden. Es wurde eine praxistaugliche Evaluation des Programmes angestrebt, in der Antworten schnell analysiert, verglichen und interpretiert werden konnten. Die schriftliche Befragung mit Hilfe von Fragebögen ist durch diese Merkmale gekennzeichnet (Porst, 2009). Die Kombination von offenen Fragen, Fragen mit disjunkten Antwortkategorien oder Skalen erwies sich in dieser Machbarkeitsstudie als sinnvoll.

Die Items zur Gesamteinschätzung, zur Qualität des Arbeitsmaterials, zur Zeitplanung und zur Durchführungstreue generierten gut auswertbare und vergleichbare Daten, um die Zielindikatoren zu prüfen. Die halb-offenen Fragen zu den positiven und negativen Merkmalen und dem Verbesserungsbedarf ermöglichten eine quantitative Erfassung der Nennungen und eine qualitative Analyse. Diese Daten leisteten einen wesentlichen Beitrag zur Stärken-Schwächen-Analyse des Programms. Der erfragte Optimierungsbedarfs erwies sich in Kombination mit der Frage nach negativen Auffälligkeiten als ineffizient, da Rückmeldungen häufig identisch waren. Vor dem aktuellen Erfahrungshintergrund sind zur besseren Interpretation der Daten die Bekanntheit der Methodik, die Schüleraktivität aus Lehrersicht und der Grad der Zielerreichung zusätzlich empfehlenswerte Items. In der Studie konnten mit Hilfe von bis zu 19 Messzeitpunkten trotz der kleinen Stichprobe relativ viele Daten generiert werden. Die Optimierung des Konzeptes war somit sehr konkret möglich. Aus den Angaben ging gut hervor, ob Schwierigkeiten in der Klassensituation begründet waren oder diese auf konzeptionelle Planungsdefizite zurückgeführt werden konnten. Demgegenüber ist anzunehmen, dass die Fragebögen am Ende des Erprobungszeitraumes weniger sorgfältig oder kritisch ausgefüllt wurden und sich Bewertungsmuster entwickelten. Erwähnenswert ist, dass die Rücklaufquote der Schülerfragebögen von verschiedenen Faktoren beeinflusst wurde. Sie wurde möglicherweise dadurch minimiert, dass Kinder u.a. durch Krankheit fehlten, sie basierend auf dem Freiwilligkeitsprinzip nicht jedes Mal die Fragebögen ausfüllten oder im Einzelfall aufgrund von Zeitmangel keine Fragebögen ausgeteilt wurden.

Bei der Auswertung der Schülerfragebögen fiel auf, dass der offenen Frage „Was hat dir besonders gut/nicht so gut gefallen?“ 76mal die Antwort „alles“ folgte. Die Vermutung, Kinder nehmen eher einen Gesamteindruck einer Unterrichtsstunde wahr und können die Stundenelemente noch nicht einzeln differenzieren, liegt nahe. Demgegenüber stehen jedoch 296 konkrete Antworten der Schülerschaft. Es gibt in der wissenschaftlichen Literatur nur wenige Erfahrungen in der Befragung von Grundschulern. Mit dieser Studie stehen weitere Erkenntnisse zur Datenerhebung bei Kindern zwischen sechs und zehn Jahren zur Verfügung. Die Rückmeldungen der Schüler nehmen in dieser Prozessevaluations einen hohen Stellenwert ein.

Abgrenzend zu anderen Untersuchungen wurden die Daten zur Akzeptanz der Schüler und dem Schwierigkeitsgrad der Aufgaben aus den Schülerfragebögen gewonnen. Somit schätzten nicht die Lehrkräfte das Empfinden der Schüler ein, sondern die Zielgruppe selbst. Im Studiendesign war ein zusammenfassender Fragebogen für Lehrkräfte am Programmende geplant. Aufgrund der geringen Rücklaufquote fand keine Auswertung statt. Die Daten wären hilfreich gewesen, um den Gesamteindruck, den das Programm hinterlassen hat, zu erfassen sowie tiefergehende Informationen zur pädagogischen Qualität, zu Transfereffekten und Einflussfaktoren während der Evaluationsphase zu eruieren. Die zwei ausgefüllten Fragebögen zeigen positive Werte. Trotz zweier Erinnerungen via email und persönlicher Ansprache, war es nicht möglich, mehr als zwei ausgefüllte Fragebögen zu erhalten. Wahrscheinlich war die Bereitschaft und Energie zur Bearbeitung eines weiteren und auch umfangreichen Fragebogens am Ende des Schuljahres erschöpft. Die vorgenommene Zusammenfassung der Rückmeldungen zu den einzelnen Unterrichtseinheiten spiegelt nur begrenzt den tatsächlichen Gesamteindruck wider.

Da die Fragebögen von den Probanden selbst schriftlich ausgefüllt wurden, mit Instruktionen und vorgegebenen Antwortkategorien versehen waren, kann von einer guten Durchführungsobjektivität ausgegangen werden. Ausschließlich die Fragebögen für die Erstklässler wurden von den Lehrkräften vorgelesen. Teilweise fiel es den Erstklässlern nach Rückmeldung der Lehrkräfte schwer, die Stunde zu reflektieren und ihre Meinung symbolisch zu äußern. Die Schulanfänger wollten „das Richtige“ ankreuzen. Diese Unsicherheiten gaben sich nach Auskunft der Lehrkräfte im Verlauf des Programms. Ab Ende der Klasse 1 füllten die Schüler die Fragebogen selbstständig aus. Es ist nicht auszuschließen, dass aktuelle Stimmungslagen die Schüler oder Lehrer beeinflussten. Da sich die Lehrkräfte kannten, ist denkbar, dass sie sich zum Programm austauschten und so die Beurteilung beeinflusst wurde. Die Autorin des Gesundheitsprogramms war den Lehrkräften persönlich bekannt, da sie zu diesem Zeitpunkt der Programmentwicklung zum Teil an der Schule tätig war. Die Widerspiegelung persönliche Sympathien oder Antipathien in der Beantwortung der Fragen ist nicht auszuschließen.

Die Fragebögen wurden durch eine Person codiert und in die Auswertungsprogramme übertragen. Die Gefahr von Übertragungsfehlern wurde durch stichprobenhafte Prüfung minimiert. Die Codierung und Transformation erfolgte nach einem einheitlichen Konzept: Unzulässige Mehrfachantworten wurden als fehlende Werte charakterisiert und nicht berücksichtigt. Fehlende Werte wurden grundsätzlich nicht ersetzt. Unlesbare Antworten in den Schülerfragebögen, wurde in der Kategorie „nicht leserlich/nicht unterrichtsbezogen“ erfasst. In den Lehrerfragebögen gab es keine unlesbaren Angaben. Nach Sichtung der offenen Antworten, wurden für die Lehrer- und Schülerfragebogen nach Ermessen der Autorin inhaltliche Kategorien gebildet. Die qualitativen Daten wurden diesen Kategorien zugeordnet.

Die Ergebnisse wurden in fachlich-kollegialen Gesprächen und im Forschungskolloquium der Universität Jena diskutiert. Zur Interpretation der Ergebnisse wurden außerdem Vergleichswerte von „Klasse 2000“ und Hinweise der Lehrerstichprobe involviert. Da die Evaluatorin mit dem Inhalt des Programms sehr vertraut war, konnten die Ergebnisse und Rückmeldungen gut gedeutet und zur Optimierung verwendet werden. Die Distanz zum Evaluationsgegenstand war jedoch sehr eingeschränkt.

Aussagen zur Reliabilität und Validität konnten nur sehr beschränkt getroffen werden, da die Fragebogen nicht standardisiert waren und die geringe Anzahl beteiligter Lehrer keine Berechnung der Gütekriterien anhand der aktuellen Stichprobe zuließ. Die inhaltliche Validität der Fragebögen kann aufgrund der gegebenen Vergleichbarkeit mit bereits bestehenden und in anderen Evaluationsstudien verwendeten Fragebögen als gegeben angenommen werden. Bezüglich der externen Validität lassen die Ergebnisse der Studie Aussagen darüber zu, inwieweit das Programm an der Modellschule mit ihren personellen und sozialen Voraussetzungen umsetzbar ist (siehe 6.1). Es bleibt offen, wie das Programm von Schülern und Lehrkräften anderer Schulen (z.B. Schulen in staatlicher Trägerschaft, im ländlichen Raum, mit einer hohen Altersstruktur des Lehrpersonals) akzeptiert, bewertet oder umgesetzt werden würde.

6.4 Ausblick

Die Umsetzung und Evaluation des überarbeiteten Programmes an verschiedenen Grundschulen in Thüringen wäre ein nächster Entwicklungsschritt. Die wissenschaftliche Begleitung sollte sich auf die Prozess- und in der Weiterführung auf die Ergebnisevaluation konzentrieren. Im Rahmen der Prozessevaluation könnten die Fragen stehen, ob und wie das Programm an Grundschulen mit unterschiedlichem Profil (sozialräumliche Struktur, Organisationsform der Schule, pädagogisches Profil der Schule,...) umsetzbar ist bzw. umgesetzt wird. Zeigen sich Transfereffekte auf die Schulkultur im Sinne verhältnispräventiver Wirkungen? Inwieweit partizipieren Eltern direkt oder indirekt am Gesundheitsprogramm?

Als ergebnisevaluative Fragestellungen eignen sich gegebenenfalls diese:

- Verfügen Schüler, die das „Aktivi“-Gesundheitsprogramm durchlaufen haben, über mehr Gesundheitskompetenzen als Schüler einer Kontrollgruppe?
- Haben sie ein positiveres Gesundheitsbewusstsein?
- Verfügen sie über ein umfangreicheres Gesundheitswissen?
- Zeigen sie ein positiveres Gesundheitsverhalten?
- Sind die Lebenskompetenzen von Schülern, die am Programm teilnahmen, gestärkt bzw. ausgeprägter als die Lebenskompetenzen der Kontrollgruppe?
- Welche Lebenskompetenzen sind besonders gefördert worden?

Zeigen sich positive Ergebnisse, könnte das „Aktivi“-Programm als Standard für die gesundheitsfördernde Arbeit an Grundschulen empfohlen und als Teil des schulischen Gesundheitsmanagements genutzt werden. Forschungsbedarf besteht im Bereich der Messinstrumente. Standardisierte, evaluierte Fragebögen für Lehrkräfte und Grundschüler zur Prozessevaluation von unterrichtlichen Gesundheitsprogrammen wären für weitere wissenschaftliche Arbeiten eine Hilfestellung.

7 Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde ein Gesundheitsprogramm für Grundschulen in Thüringen entwickelt und evaluiert. Der aktuelle fachliche Diskurs und Forschungstand zeigt, dass Gesundheitsförderung im Setting Schule gesetzlich verankert, bildungspolitisch gefordert und gesundheitswissenschaftlich wichtig ist. In Deutschland existieren verschiedene verhaltens- und verhältnispräventive Gesundheitsprogramme, die (aufgrund föderalistischer Strukturen) regional unterschiedlich umgesetzt werden. Ziel der Arbeit ist es, ein verhaltenspräventives, den Thüringer Lehrplänen konformes Gesundheitsprogramm für Thüringer Grundschulen zu entwickeln und dessen Umsetzbarkeit zu prüfen. Entstanden ist das „Aktivi“-Programm, das darauf abzielt, die Gesundheits- und Lebenskompetenzen von Grundschulern zu stärken. Das Programm basiert auf dem Lebenskompetenzansatz (WHO, 1997, 2001) und stützt sich u.a. auf das Modell der Salutogenese (Antonovsky, 1997), das Risiko- und Schutzfaktorenmodell (Franzkowiak, 2003) und die Sozial-kognitive Lerntheorie (Bandura, 1998). Es ist curricular, fächerübergreifend, handlungsorientiert und multimethodisch aufgebaut (TMBWK, 2010; WHO, 2001), über vier Schuljahre nachhaltig angelegt und umfasst 64 Unterrichtseinheiten à mindestens 60 Minuten (pro Jahr 15 bis 19 Einheiten). An einer Thüringer Modellschule in Jena wurde das Programm erstmalig implementiert. Innerhalb eines Schuljahres wurde je ein Teilprogramm in den Klassenstufen 1 bis 4 im Rahmen des Heimat- und Sachkundeunterrichts durchgeführt und mit Hilfe von Fragebögen ausgewertet. Die Stichproben bildeten 112 Schüler und sechs Lehrkräfte der Schule. Ziel der Prozessevaluation war die Prüfung der Umsetzbarkeit des Programmes sowie die Identifizierung von Stärken und Optimierungsbedarfen.

Die Lehrkräfte vergaben dem Gesundheitsprogramm die Gesamtnote 2. Sie führten 66,4% der Programminhalte durch und hielten sich zu durchschnittlich 77,7% an die vorgegebenen Unterrichtselemente. Das Zeitkonzept des Programms war in 45,7% der Einheiten optimal, in 52,9% der Einheiten wurde zu wenig Zeit eingeplant. Die Arbeitsmaterialien erhielten von den Lehrkräften im Durchschnitt die Schulnote 2. „Aktivi“ wird von 79,9% der Schüler positiv bewertet. Während die Zweitklässler das Programm mit 89,9% sehr gut annahmen, stieß es bei den Viertklässlern auf die geringste Resonanz (64,4%). Jungen und Mädchen fühlten sich gleichermaßen vom Programm angesprochen.

Das Gesundheitsprogramm hält nach Einschätzung der Schüler zu 76,0% leichte und zu 20,0% mittlere Aufgaben vor. Zusammengefasst sind die positiven Bewertungen der Lehrkräfte, die hohe Akzeptanz der Schülerinnen und Schüler, die methodische Ausgestaltung, das überwiegend angemessene Anforderungsniveau und die Praktikabilität der Arbeitsmaterialien die Stärken des „Aktivi“-Programms, die für eine gute Umsetzbarkeit in der Praxis sprechen. Auf die in der Zeitplanung und in der Konzepttreue liegenden Schwächen wurde mit inhaltlichen und strukturellen Optimierungen im Programm reagiert. Somit kann das „Aktivi“-Gesundheitsprogramm zukünftig als Angebot für Thüringer Grundschulen zur Verfügung stehen und das Land Thüringen in seinen Ambitionen Gesundheitsförderung voranzubringen unterstützen.

Literaturverzeichnis

Abeli, H. (2003). *Zwölf Grundformen des Lehrens - eine allgemeine Didaktik auf psychologischer Grundlage. Medien und Inhalte didaktischer Kommunikation - der Lernzyklus*. 12. Auflage, Stuttgart: Verlag Klett-Cotta.

Ajzen, I. (1991). The Theory Of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Process*.50, 179-211.

Alexy, U., Clausen K., Kersting M., (2008). Die Ernährung gesunder Kinder und Jugendlicher nach dem Konzept der Optimierten Mischkost". *Ernährungsumschau 2008*; 55(3), 168-177.

Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well., San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Antonovsky,A.; Franke, A.(1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.

Abhauer, M. & Hanewinkel, R. (1999). Lebenskompetenzförderung und Suchtprophylaxe in der Grundschule: Entwicklung, Implementation und Evaluation primärpräventiver Unterrichtseinheiten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 7 /199, 158–171.

Abhauer, M. & Hanewinkel, R. (2000). Lebenskompetenztraining für Erst- und Zweitklässler. Ergebnisse einer Interventionsstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 4/2000, Verlag: Hogrefe.

Bandura, A. (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bandura, A. (1998): Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology & Health, Routledge Volume 13*, 623 – 649.

Barkholz, U.; Israel, G.; Paulus, P.; Posse, N. (1998). *Gesundheitsförderung in der Schule. Ein Handbuch für Lehrerinnen und Lehrer aller Schulformen*. Landesinstitut für Schule und Weiterbildung Nordrhein-Westfalen und Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.).Verlag für Schule und Weiterbildung. Bönen

Baumeister, R.; Campbell, J.; Krueger J.; Vohs, K. (2003). Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles?. *Psychological Science in the Public Interest, Band 4, Nummer 1*, 1–44 [1]

- Becker, P. (1992). Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Paulus, P. (Hrsg.) *Prävention und Gesundheits-förderung*, Köln: GwG, S. 91-107.
- Beisenkamp, A.; Müthing, K.; Hallmann, S., Klöckner, C. (2012). *Elefanten-Kindergesundheitsstudie 2011/2012. Zur Situation der Kindergesundheit in Deutschland*. Elefanten. Institut für Sozialforschung Prokids (Hrsg.), Recklinghausen: RDN-Verlag.
- Beywl, W.; Schepp-Winter, E. (2000). Zielgeführte Evaluation von Programmen: ein Leitfaden. Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe. BUNDESMINISTERIUM für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Heft Qs, 29 September 2000.
- Bilz, L.; Hähne, C.; Melzer, W. (2003). Die Lebenswelt Schule und ihre Auswirkungen auf die Gesundheitssituation. In: Hurrelmann, K.; Melzer, W.; Klocke, A.; Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): *Die WHO-Gesundheitsstudie – Ergebnisse für Deutschland*. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Bilz, L. (2008). *Schule und psychische Gesundheit: Risikobedingungen für emotionale Auffälligkeiten von Schülerinnen und Schülern*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bilz, L., Melzer, W. (2010). *Gesunde Lebenswelt Schule– das PLUS für alle! Schülersgesundheit in Thüringen 2010. Ergebnisse der HBSC-Gesundheitsstudie und Perspektiven der schulischen Gesundheitsförderung im Freistaat Thüringen*. Technische Universität Dresden. Zugriff unter: <http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmbwk/bildung/sportundgesundheits/hbsc-2010.pdf> [23.09.2013]
- Bös, K. & Woll, A. (1994). Das Salutogenese-Modell. Theoretische Überlegungen und erste empirische Ergebnisse. In: Alfermann, D.; Scheid, V. (Hrsg.): *Psychologische Aspekte von Sport und Bewegung in Prävention und Rehabilitation*. Köln, bps.
- Bös, K. (2001). Bündnis „Gesunde Kinder“ – Unsere Kinder brauchen mehr Bewegung, Spiel und Sport. In: *Bundesgesundheitsblatt 5/6 2007*. Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Berlin: Springer-Verlag, S. 880
- Bös, K. (2003). Motorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen. In: Schmidt, W.; Hartmann-Tews; I., Brettschneider, WD. (Hrsg.). *Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht*, S.85-109
- Bowi, U., Ott, G. & Tress, W. (2008). Faustlos - Gewaltprävention in der Grundschule. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 509-520.

Brägger, G.; Posse, N. (2007). *Instrumente für die Qualitätsentwicklung und Evaluation in Schulen IQES. Band 2: Vierzig Qualitätsbereiche mit Umsetzungsideen*. Netzwerk Bildung und Gesundheit OPUS NRW, bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz, Schule & Gesundheit Hessen (Hrsg.), Bern: h.e.p.-Verlag AG.

Bundesministerium für Gesundheit (2010). *Forum Gesundheitsziele Deutschland. Nationales Gesundheitsziel. Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Ernährung, Bewegung*. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V. (Hrsg.). Zugriff unter: www.gesundheitsziele.de [18.1.2010]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2000). *Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. Band 2. Fachpublikation*. Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert*. Erweiterte Neuauflage. Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2002). *Achtsamkeit und Anerkennung. Materialien zur Förderung des Sozialverhaltens in der Grundschule*. Köln: Aulis Verlag Deubner.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2003). *Medienpaket - Dem Leben auf der Spur*. Köln: Aulis Verlag Deubner.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2004). *Gesund und munter- Heft 5: Dem Leben auf der Spur*. Köln: Aulis Verlag Deubner.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2005). *Sammelordner der Reihe gesund und munter*. Köln: Aulis Verlag Deubner.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2012). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Teilband Rauchen*. Köln.

Burow, F.; Asshauer, M. & Hanewinkel, R. (1998). *Fit und stark fürs Leben. 1. und 2. Schuljahr*. Stuttgart: Klett-Verlag.

Burow, F.; Asshauer, M. & Hanewinkel, R. (1999). *Fit und stark fürs Leben. 3. und 4. Schuljahr*. Stuttgart: Klett-Verlag.

Centers for Disease and Prevention. Division Adolescent and School Health (Hrsg.) (2013). *Characteristics of an Effective Health Education Curriculum*. Atlanta. Zugriff unter: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/sher/characteristics/> [07.05.2013]

Chomitz, V. R., Slining, M. M., McGowan, R. J., Mitchell, S. E., Dawson, G. F., & Hacker, K. A. (2009). Is there a relationship between physical fitness and academic achievement? Positive results from public health school children in the northeastern United States. *Journal of School Health*, 79, 30-37.

Cierpka, M. (2003). Gewaltprävention durch Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen – Das Projekt Faustlos. *Forum Public Health*, 11 (39), 11-12.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (2009). Die Ernährungspyramide
Zugriff unter <http://www.aid.de/ernaehrung/ernaehrungspyramide.php>
[22.12.2011]

Dörfel, M. (2010). Schulische Gesundheitsförderung an Thüringer Schulen. In: *Gesunde Lebenswelt Schule– das PLUS für alle! Schülersgesundheit in Thüringen 2010. Ergebnisse der HBSC-Gesundheitsstudie und Perspektiven der schulischen Gesundheitsförderung im Freistaat Thüringen*. S.100-102. Zugriff unter: <http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmbwk/bildung/sportundgesundhe it/hbsc-2010.pdf> [23.09.2013]

Dordel, S. (2000). Kindheit heute: Veränderte Lebensbedingungen = reduzierte motorische Leistungsfähigkeit? Motorische Entwicklung und Leistungsfähigkeit im Wandel. In: *Sportunterricht* 49, 854-862.

Eder, F. (1995). *Das Befinden von Kindern und Jugendlichen in der Schule*. Innsbruck: StudienVerlag.

Eiklen, A. (2006). *Beiträge zur Partizipationsförderung in der Schule. BLK-Programm Demokratie lernen & leben. Demokratische Partizipation in der Schule*. Berlin 2006

Eiße, I. (2007). Kindergesundheit: Fit fürs Leben. Zugriff unter: <http://www.stern.de/wissen/mensch/kindergesundheit-fit-fuers-leben-589132.html> [8.12.2012]

Engel, G. L. (1979). Die Notwendigkeit eines neuen biomedizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin. In: H. Keupp (Hrsg.). *Normalität und Abweichung*. München: Assanger, 63-85.

European Network of Health Promoting Schools (ENHP) (1997). The Alliance Of Education and Health. Thessaloniki-Halkidiki, Greece, 1997, Conference Report. WHO: Copenhagen
Zugriff unter: <http://pgsaudemental.files.wordpress.com/2009/04/reeps.pdf> [05.03.2011]

Fankhänel, S. (2007). Ernährungskompetenz durch Ernährungsbildung. In: *Ernährung- Wissenschaft und Praxis Vol 1 Nr. 8*, 380-381, Springer-Verlag.

- Focus-Schule (2012). Drittel der Grundschüler leidet unter Stress. Zugriff unter: http://www.focus.de/schule/schule/psychologie/kinder-unter-leistungsdruck-drittel-der-grundschueler-leidet-unter-stress_aid_865472.html: [21.11.2012]
- Franzkowiak, P. (2003). Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. 4. Auflage*, Schwabenheim a.d. Selz: Peter Sabo, 179-180.
- Freitag, M. (1998). *Was ist eine gesunde Schule? Einflüsse des Schulklimas auf Schüler- und Lehrer-gesundheit*. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2002). Wise emotion regulation. In: L. F. Barrett & P. Salovey (Hrsg.). *The wisdom in feeling: Psychological processes in emotional intelligence*. New York, NY, US: Guilford Press, 297-319.
- Grossmann, R.; Scala, K. (2003). Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. 4. Auflage*, Schwabenheim a.d. Selz: Peter Sabo, 205-206.
- Haberer, E. (2010): *Active Children – Active Schools: Zusammenhänge zwischen Motorik, Kognition und körperlicher Aktivität. Eine empirische Studie zu den Effekten einer in den Schulalltag integrierten Bewegungsförderung in der Primarstufe*. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades des Fachbereichs Erziehungs- und Kulturwissenschaften. Fachgebiet Sportwissenschaft der Universität Osnabrück, Zugriff unter: http://repositorium.uni-osnabrueck.de/bitstream/urn:nbn:de:gbv:700-201105058093/4/thesis_haberer.pdf [03.01.2012]
- Hahnefort, A. (2010). *Lernwerkstatt Gesundheit. Fächerübergreifende Kopier-vorlagen Klasse 1/2*. Buxtehude: Persen Verlag.
- Handler, B. (2009): Genusstraining – Euthyme Verfahren – Ein Leben mit allen Sinnen. In: *Psychologie in Österreich*. Zugriff unter: http://www.genusstraining.at/bilder/PSY_01_09.pdf [05.05.2010]
- Hascher, T. (Hrsg.) (2004). *Schule positive erleben. Ergebnisse und Erkenntnisse zum Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern*. Bern: Huber.
- Haubner, A. (2010). Schuleingangsuntersuchungen. Nur jedes vierte Kind gesund. In: Thüringer Allgemeine (Hrsg.) am 07.10.2010, Zugriff unter: <http://erfurt.thueringer-allgemeine.de/web/lokal/politik/detail/-/specific/Schuleingangsuntersuchungen-Nur-jedes-vierte-Kind-gesund-1319821562> [27.08.2013]

Hedtke-Becker, A., Peter, J. (2009). Gruppenarbeit und Gruppenpädagogik. In: Kilb, R. (Hrsg.): Methoden der Sozialen Arbeit in der Schule. München: Ernst Reinhardt Verlag; S.182.

Heidelberger Präventionszentrum (2013). *Faustlos. Meilensteine*. Zugriff unter: www.faustlos.de [28.08.2013]

Hofmann, E. (2003). *Progressive Muskelentspannung, ein Trainingsprogramm*. 2. Auflage, Göttingen: Hogrefe.

Hölling, H.; Ehrhardt, M.; Ravens-Sieberer, U.; Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz. 5/6 2007. Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Berlin: Springer-Verlag.

Hurrelmann, K. (1994). *Sozialisation und Gesundheit*. Weinheim: Juventa-Verlag.

Hurrelman, K.; Franzkowiak, P. (2003). Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. 4. Auflage, Schwabenheim a.d. Selz: Peter Sabo, 52-55.

Hurrelmann, K.; Klocke, A.; Melzer, W.; Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2003). *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*, Weinheim und München.

Hurrelmann, K; Settertobulte, W. (2008). Gesundheitliche Ressourcen und Risikofaktoren von Kindern und Jugendlichen. In: *Bildung und Gesundheit. Argumente für eine gute gesunde Schule*. Netzwerk Bildung und Gesundheit OPUS-NRW (Hrsg.), hep-Verlag.

Jerusalem, M. & Mittag, W. (1999). Selbstwirksamkeit, Bezugsnormen, Leistung und Wohlbefinden in der Schule. In: Jerusalem, M. & Pekrun, R. (Hrsg.). *Emotion, Motivation und Leistung*. Göttingen: Hogrefe, 223-245.

Joseph, J. M. (1994). *The resilient child. Preparing today's youth for tomorrow's world*. New York/ London: Plenum Press,p.17.

Kaba-Schönstein, L. (2003). Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder- und Strategien. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.),4. Auflage, Schwabenheim a.d. Selz: Peter Sabo, 71-73.

Kaiser, A.; Röhner; C.(2009). *Sachunterricht. Bd. 2. Kompetent im Unterricht der Grundschule*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag.

- Kamtsiuris, P., Atzpodien, K., Ellert, U., R. Schlack, R., Schlaud, M. (2007). Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt* 5/6, 2007. Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Berlin: Springer-Verlag, 686-700.
- Kickbusch, I. (2006). Gesundheitskompetenz. In: *Public Health News* 3-2006, Zugriff unter: www.public-health.ch [13.12.2009]
- Kluczniok, K., Roßbach, H.-G. (2008). Übergang Kindergarten Primarschule In: Coelen, T., Otto, H.-U. (Hrsg.). *Grundbegriffe Ganztagsbildung. Das Handbuch*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 321-331 Zugriff: <http://www.springerlink.com/content/978-3-531-15367-4/#section=168746&page=1&locus=0> [16.08.2011]
- Kneipp-Bund e.V. - Bundesverband für Gesundheitsförderung und Prävention (Hrsg. (2013). Richtlinien. Vom Kneipp-Bund e.V. Anerkannte Schule. Kneipp-Bund e.V.
- Kneipp-Landesverband Thüringen (2013): Kneipp-Einrichtungen. Zugriff: www.kneipp-thueringen.de [20.09.2013]
- Koelsch, C.; Brügemann, N. (2012). aid Ernährungspyramide. Richtig essen lehren und lernen. (Hrsg.): aid – Infodienst. 2012 Zugriff unter: <http://shop.aid.de/3899/Die-aid-Ernaehrungspyramide-Richtig-essen-lehren-und-lernen>. [23.11.2012]
- Kolip, P. (1998): Aspekte gesundheitsbezogener Kognitionen. In: Flick, U. *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellung von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim: Juventa- Verlag.
- Kolip, P.; Melzer, W.; Klocke, A.; Ravens-Sieberger, U. (2011). *Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Schulische Belastung von Kindern und Jugendlichen“*. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion. Zugriff unter: http://hbse-germany.de/wp-content/uploads/2011/12/Faktenblatt_Schulische-Belastungen_final.pdf [09.09.2012]
- Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (2012). *Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012*. Zugriff unter: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheitsempfehlung.pdf [17.08.2013]

- Koplan, J. (1999). Framework for Program Evaluation in Public Health. Center for Disease Control and Prevention (Hrsg.) Zugriff unter: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr4811a1.htm#box14> [11.02.2013]
- Krause, C.; Hannich, H.; Stücker, C.; Widmer, C.; Rohde, C.; Wiesmann, U. (2000). *Selbstwert stärken - Gesundheit fördern: Unterrichtsvorschläge für das 1. und 2. Schuljahr*. Donauwörth: Auer.
- Krause, C. (2004). Ich bin Ich. Selbstwertstärkung in der Grundschule – Ergebnisse eines Gesundheitsförderprogramms. *SchulVerwaltung spezial*, Sonderausgabe Nr.3, 12-16.
- Krause, C. (2007): *Dokumentation 12. Bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit*, Gesundheit Berlin (Hrsg.), Berlin.
- Kurt, B.-M.; Schaffrath, R. (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland In: *Bundesgesundheitsblatt 5/6, 2007*. Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Berlin: Springer-Verlag
- Lampert, T., Mensink, G.; Romahn, N., Woll, A. (2007). Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt 5/6 2007*, Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Berlin: Springer-Verlag, 634-642.
- Lampert, T.; Thamm, M (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt 5/6 2007*, Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Berlin: Springer-Verlag, 600-608.
- Landessportbund Thüringen (2013). *Bewegungsfreundliche Schule*. Zugriff unter: www.lsb-thueringen.de [14.08.2013]
- Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen (Hrsg.) (2013). *Gesund Leben lernen – Gesundheitsmanagement in Schulen* Zugriff unter: <http://www.gesundheit-nds.de/CMS/arbeitschwerpunkte-lvg/erziehung-und-bildung/2-gesund-leben-lernen#projekt> [25.05.2013]
- Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt (Hrsg.)(2013). *Audit Gesunde Schule*. Zugriff unter: <http://www.lvg-lsa.de/o.red.c/arbeitsfelder-schule2.php> [29.08.2013]
- Leuphana Universität Lüneburg (Hrsg.) (2010). Studie zum Stresserleben von Schülern. Zugriff unter: <http://www.leuphana.de/aktuell/meldungen/ansicht/-datum/2010/01/19/studie-zu-schulstress-erschienen.html> [20.08.2013]
- Liebertz, C. (2003). *Schatzbuch ganzheitliches Lernen. Grundlagen, Methoden und Spiele für eine zukunftsweisende Erziehung*. Gesellschaft für ganzheitliches Lernen (Hrsg.), München: Don Bosco Verlag.

- Mangrulkar, L.; Whitman, C.; Posner, M. (2001). Life Skills Approach to Child and Adolescent Healthy Human Development. Pan American Health Organization (Hrsg.), Washington, DC Zugriff unter: http://www.hhd.org/sites/hhd.org/files/paho_lifeskills.pdf [13.02.2010]
- Maslow, A. (1981). *Motivation und Persönlichkeit*. 12. Auflage, Reinbek: Rowohlt.
- Mattes, W. (2004). *Methoden für den Unterricht. 75 kompakte Übersichten für Lehrende und Lernende*. Paderborn: Schöningh.
- Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D.R. (2004). Emotional Intelligence: Theory, Findings and Implications. *Psychological Inquiry*, 15, 197-215.
- Mensink, G.B.M; Kleiser, C.; Richter, A. (2007). Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt 5/6 2007*, Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Berlin: Springer-Verlag, 609-611.
- Meyer, H. (2002). Unterrichtsmethoden. In: Kiper, H., Meyer, H., Topsch, W.: *Einführung in die Schulpädagogik*. Berlin: Cornelsen, S. 109-121.
- Möckel, A. (2008). *Lernwerkstatt Liebe-Körper-Kinderkriegen. Fächerübergreifende Materialien zur Sexualerziehung 3./4.Klasse*. Buxtehude: Persen Verlag.
- Murray, B., Low, B.J., Hollis, Ch., Cross, A.W. & Davis, S.M. (2007). Coordinated school health programs and academic achievement: A systematic review of the literature. *Journal of School Health*, 77, 589-600.
- Oerter, R; Montada, L. (Hrsg.)(2002): *Entwicklungspsychologie*. 5. Auflage, Weinheim und Basel: Beltz PVU.
- Opper, E.; Worth, A.; Bös; K. (2005). Kinderfitness – Kindergesundheit In: *Bundesgesundheitsblatt 48*, Robert-Koch-Institut(Hrsg.), Berlin: Springer-Verlag, 854-862.
- Organisation for Economic, Cooperation and Development (2001a): *Education at a Glance*. Paris. Zugriff unter: www.oecd.org [08.08.2012]
- Organisation for Economic, Cooperation and Development (2010). *Obesity and the Economics of Prevention. Fit not Fat*. OECD Publishing. Zugriff unter: <http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=8226> [05.02.2011]
- Paulus, P. (2000). Die schulische Gesundheitserziehung. In: *Wege zu einer gesünderen Schule. Handlungsebenen. Handlungsfelder. Bewertungen*. Paulus, P.; Brückner, G. (Hrsg.); Tübingen: dgvt- Verlag, 12-13.

- Paulus, P. (2000). Schulische Prävention der Gesundheitsförderung In: *Wege zu einer gesünderen Schule. Handlungsebenen. Handlungsfelder. Bewertungen.* Paulus, P.; Brückner, G. (Hrsg.); Tübingen: dgvt- Verlag, 12-13.
- Paulus, P. (2007b). Schulische Gesundheitsförderung – Auf dem Weg zur guten gesunden Schule. In: *Prävention und Gesundheitsförderung. Band 3. Kinder und Jugendliche.* Röhrle, B (Hrsg.), Tübingen: dgvt-Verlag, 323-245.
- Paulus, P. & Zurhorst, G. (2001). Gesundheitsförderung, gesundheitsfördernde Schule und soziale Ungleichheit. *Das Gesundheitswesen, 63 Sonderheft*, 52-S55.
- Piaget, J. (1978). *Das Weltbild des Kindes.* München: dtv/Klett-Cotta.
- Posse, N. ; Brägger, G. (2006). Die Perspektive wechseln. Der Stellenwert von Gesundheit in der Diskussion um Schulqualität. In: *Forum Schule.1/2006*
- Probst, R. (2009). *Fragebogen. Ein Arbeitsbuch.* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ravens-Sieberer, U., Ellert, U.; Erhart, M. (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey. In: *Bundesgesundheitsblatt 5/6 2007*, Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Berlin: Springer-Verlag, 810-818.
- Ravens-Sieberer, U., Kokonyei, G. & Thomas, C. (2004). School and health. In: C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte & O. Samdal (Eds.). *Young people's health in context: International report from the HBSC 2001/2002 Survey.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Rheinberg, Falko (2002): *Motivation*, aus der Reihe: *Grundriss der Psychologie*, Bd. 6, 4. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Robert-Koch-Institut, Universität Paderborn (Hrsg.) (2007): *Ernährungsstudie als KiGGS-Modul. Forschungsbericht.* Berlin.
- Rosenberg, M. (2007). *Erziehung, die das Leben bereichert. Gewaltfreie Kommunikation im Schulalltag.* 3. Auflage, Paderborn: Junfermann.
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered. Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In: Shonkoff, J.P., Meisels, S.J. (Hrsg.): *Handbook of early childhood intervention.* Cambridge: Cambridge University Press 2000, S. 651-682
- Salbert, U. (2006). *Ganzheitliche Entspannungstechniken für Kinder.* Münster: Ökotopia-Verlag.

- Sanders, James R. (Hrsg.) (1999). *Handbuch der Evaluationsstandards: Die Standards des 'Joint Committee on Standards for Educational Evaluation'*. Aus dem Amerikanischen übersetzt von Wolfgang Beywl und Thomas Widmer. Opladen:: Leske und Budrich.
- Schaub, H., Zenke, K. (2002). *Wörterbuch Pädagogik*. München: Juventa-Verlag.
- Schick, A. (2004). Inhalte, Implementation und Effektivität eines Gewaltpräventions-Curriculums. *SchulVerwaltung spezial*, 3, 22-24.
- Schneider, V. (2013). Experimente in der Schule. Zugriff unter www.experimenteinderschule.de [06.06. 2013]
- Schubert, I.; Horch, K.; Kahl, H.; Köster, I.; Meyer, C.; Reiter, S. (2004): *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Robert-Koch.-Institut (Hrsg.), Berlin.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Pädagogik*, 44. Beiheft: Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen, 28-53.
- Seeger, S. (2007). Schule 2020. Zugriff unter http://www.schuleundgesundheit.hessen.de/fileadmin/content/Medien/Ordner07_Schule2020.pdf [23.02.2013]
- Seibt, A. (2003). Sozial-kognitive Lerntheorie. In: *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. 4. Auflage. BZgA (Hrsg.), Schwabenheim a.d. Selz: Fachverlag Peter Sabo, 206-208.
- Seibt, A. (2003): Theorie des rationalen Handelns und Theorie des geplanten Verhaltens. In: *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. 4. Auflage. BZgA (Hrsg.), Schwabenheim a.d. Selz: Fachverlag Peter Sabo, 231-233.
- Sigfúsdóttir, I.; Krittjánsson, A.; Allegrante, J. (2006). Health Behaviour and academic achievement in Icelandic school children. In: *Oxford Journal. Health Education Research* 22(1), Oxford: University Press, S.70-80.
- Simetin, I. P., Kuzman, M., Franelic, I. P., Pristas, I., Benjak, T. & Dezeljin, J. D. (2011). Inequalities in Croatian pupils' unhealthy behaviours and health outcomes: role of school, peers and family affluence. *European Journal of Public Health*, 21(1), 122-128.
- Soellner, R., Huber, S., Lenartz, N. & Rudinger, G. (2009). Gesundheitskompetenz –ein vielschichtiger Begriff. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 17 (3), 105-113.

- Spitzer, M. (2009). Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag, S. 399–421.
- Spitzer, M. (2010). Medizin für die Bildung - Ein Weg aus der Krise. Heidelberg: Spektrum Verlag.
- Starker, A., Lampert, T., Worth, A.; Oberger, J.; Kahl, H.; Bös, K. (2007). Motorische Leistungsfähigkeit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt* 5/6 2007, Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Berlin: Springer-Verlag, 775-783
- Storck, C. (2010). Theoretischer Hintergrund und Evaluationsergebnisse. Verein Programm Klasse 2000 e. V. (Hrsg.), 2.Auflage. Zugriff unter: <http://www.klasse2000.de/uploads/pdf/theoret-hintergrund-2010.pdf> [02.02.2011]
- Storck, C., Duprée, T., Dokter, A., Böleskei, P.L. (2007). Zwischen Wunsch und Wirklichkeit: Die langfristige Umsetzung schulbasierter Präventionsprogramme in der Praxis am Beispiel Klasse2000. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2(1), 19-25.
- Storck, C., Duprée, T. & Böleskei, P.L. (2008). Erreicht schulische Gesundheitsförderung Kinder aus sozial benachteiligten Gruppen? Verbreitung und Umsetzung des Programms Klasse2000. In: *Prävention und Gesundheitsförderung, Volume 3*, 95-102.
Zugriff: <http://www.springerlink.com/content/8570u4761j608674/> [16.12.2009]
- Thies, B. (2010). Kognitive Repräsentationen in der Grundschule. In: *Psychologie und Gesellschaft* .8. Martin, K.W.; Schweer, P. (Hrsg.), Frankfurt: Internationale Verlag der Wissenschaften.
- Thüringer Kultusministerium (2008). Thüringer Bildungsplan für Kinder von 0-10 Jahren. Weimar: Verlag das netz.
- Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (2010). Lehrplan für die Grundschule und für die Förderschule mit dem Bildungsgang Grundschule. Deutsch.
Zugriff unter: <http://www.schulportal-thueringen.de/lehrplaene/grundschule> [01.02.2010]
- Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (2010). Lehrplan für die Grundschule und für die Förderschule mit dem Bildungsgang Grundschule. Ethik.
Zugriff unter: <http://www.schulportal-thueringen.de/lehrplaene/grundschule> [01.02.2010]

Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (2010). Lehrplan für die Grundschule und für die Förderschule mit dem Bildungsgang Grundschule. Heimat- und Sachkunde. 2010

Zugriff unter: <http://www.schulportal-thueringen.de/lehrplaene/grundschule> [01.02.2010]

Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (2010). *Thüringer Schulgesetz (ThürSchulG) vom 6. August 1993 (GVBl. S. 445) in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. April 2003 (GVBl. S. 238), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 2010 (GVBl. S. 530)*

Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (2013). *Hinweise zur Erstellung zur Erstellung eines Schulkonzeptes zur Gesunderhaltung und gesunden Lebensweise an Thüringer Schulen.*

Zugriff unter: <http://www.schulportal-thueringen.de/schulentwicklung/-schulegesundheits> [30.07.2013]

Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (2013). *Schulstatistik 2013*. Zugriff unter <http://www.schulstatistik-thueringen.de/> [30.07.2013]

Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (2010). *Gesundheitsziele für Thüringen*. Zugriff unter: www.gesundheitsziele-thueringen.de [14.07.2012]

Thyen, U. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) 2003-2006 – ein Meilenstein für die Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland In: *Bundesgesundheitsblatt 5/6 2007*, Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Berlin: Springer-Verlag, 529-530.

Tobler, N. (1998). A meta-analysis of school-based prevention programmes. Draft, 28 August 1998.

Tobler, N., Roona, M.; Ochshorn, P.; Marshall, D.; Streke, A., Stackpole, K.; (1998). School-Based Adolescent Drug Prevention Programs. 1998 Meta-Analysis. In: *The Journal of Primary Prevention, Volume 20, Number 4*, 275-336.

Torsheim, T. & Wold, B. (2001). School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *Journal of Adolescence*, 24(6), 701-713.

Troschke, A., Lüdde, R. et al (2005). The obesity epidemic in young men is not confined to low social classes – a time series of 18-year-old German men at medical examination for military service with different educational attainment. *International Journal Obesity Relation Metabolic Disorders* 29: 875-877.

Trudeau, F.; Stephard, R.(2008). Physical education, school physical activity, school sports and academic performance In: *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2008, 5:10

Verein anschub.de (2013). Gute gesunde Schule. Zugriff unter: <http://www.anschub.de/gute-gesunde-schule/index.html> Zugriff: [01.10.2013]

Verein für Gewaltprävention bei Kindern und Jugendlichen e.V. (Hrsg.) (2010). Hauen ist doof. Zugriff unter: <http://www.hauen-ist-doof.de/> [18.09.2010]

Verein Programm Klasse 2000 (Hrsg.) (2010). Bericht über das Schuljahr 2008/2009. http://www.klasse2000.de/uploads/pdf/jahresbericht_08_09.pdf Zugriff: 08.07.2010 9:09 MEZ

Verein Programm Klasse 2000 (2012). Stark und gesund in der Grundschule. Zugriff http://www.klasse2000.de/downloads/flyer_2012_web.pdf [21.03.2013]

Vester, F. (2009). Denken, Lernen, Vergessen - Was geht in unserem Kopf vor, wie lernt das Gehirn, und wann lässt es uns im Stich?. Taschenbuchausgabe, 33. Auflage, München: dtv.

Wagner N.; Meusel D.; Kirch W. (2005). Nutrition education for children – results and perspectives. *Public Health* 13, 102–110.

Weber, P. Anders , G. (1998). Was ist Werkstatt-Unterricht. Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr.

Wiborg, G. & Hanewinkel, R. (2001). Eigenständig werden: ein Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention in der Schule. *Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 24, 56-59.

Wiborg, G. & Hanewinkel, R. (2003). Eigenständig werden: Persönlichkeitsentwicklung, Gesundheitsförderung, Lebenskompetenzen, Sucht- und Gewaltprävention in der Schule. Evaluation des Programms für Schüler der Klassenstufe 1 im Freistaat Sachsen. Zugriff unter: http://www.mariaebene.at/download/-Eigenstaendig_EvaluationSchuljahr1.pdf [21.03.2013]

Wiesmann, U.; Krause, Ch. & Hannich, H.-J. (2004). Selbstwertgefühl und Wohlbefinden im Grundschulalter. *Psychomed*, 16 (3), 159-172.

Wilson, D.; Mparadzi, A., Lavelle, E.(1992). En experimental comparison of two AIDS prevention interventions among young Zimbabweans. *Journal of Social Psychology*, 132 (3), 415-417.

World Health Organization (1948): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York

World Health Organization (1986): Ottawa Charter for Health Promotion, Ottawa. Zugriff unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [15.10.2010]

World Health Organization (1997). *Life Skills Education For Children And Adolescents In School . Introduction and Guidelines to Facilitate the Development and Implementation of Life Skills Programs*. WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev.2. Geneva: WHO.

Zugriff unter: http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/who_mnh_psf_93.7a_rev.2.pdf [15.10.2010]

World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO
Zugriff unter: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf [13.09.2010]

World Health Organization (2001). *Information Series On School Health. Document 9. Skills for Health- Skills-based health education including life skills: An important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School*

Zugriff unter:

http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_skills4health_03.pdf [13.09.2010]

World Health Organization Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?*

Zugriff unter: <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf> [26.09.2012]

Wustmann, C. (2004). *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Kindertageseinrichtungen fördern*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Anhang

- Anhang 1: Bestätigung der Ethik-Kommission der FSU Jena
- Anhang 2: Einverständniserklärungen zur Befragung
- Anhang 3: Fragebögen
- Anhang 4: Auszug aus dem Thüringer Lehrplan für Grundschulen
für den Heimat- und Sachkundeunterricht
- Anhang 5: Einführung in das Gesundheitsprogramm
– Informationen für Lehrer
- Anhang 6: Auszug aus dem Gesundheitsprogramm Klasse 1
- Anhang 7: Auszug aus dem Gesundheitsprogramm Klasse 2
- Anhang 8: Auszug aus dem Gesundheitsprogramm Klasse 3
- Anhang 9: Auszug aus dem Gesundheitsprogramm Klasse 4
- Anhang 10: Ehrenwörtliche Erklärung